

**FACTORES DE RIESGO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA
ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA DE PERSONAS QUE
CONSULTARON AL HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA – HOMERIS -
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2002**

**JHOANA PARDO BRICEÑO
MARISEL RIASCOS ZAPATA**

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA
2003**

**FACTORES DE RIESGO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA
ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA DE PERSONAS QUE
CONSULTARON AL HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA – HOMERIS -
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2002**

**JHOANA PARDO BRICEÑO
MARISEL RIASCOS ZAPATA**

**Trabajo presentado como requisito para la finalización
del plan de estudios en el programa de
ENFERMERÍA PROFESIONAL**

**Asesor Metodológico:
JULIA INÉS ESCOBAR MONTOYA**

**Asesor Temático:
MARIA ELENA BURITICA**

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA**

2003

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Pereira, 06 de Junio de 2003

CONTENIDO

	Pag.
1. EL PROBLEMA	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACION	18
2. OBJETIVOS.....	22
2.1. GENERAL.....	22
2.2. ESPECIFICOS	22
3. MARCO TEORICO.....	23
3.1. ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA	23
3.1.1. Tipos de Enfermedad Maníaco Depresiva, signos y síntomas	23
3.1.1.1. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo maníaco	23
3.1.1.1.1. Hipomaníaca.	24
3.1.1.1.2. Aguda	24
3.1.1.1.3. Manía delirante	24
3.1.1.2. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo depresivo	25
3.1.1.2.1. Retardo simple	25
3.1.1.2.2. Depresión aguda	26
3.1.1.3. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo circular	26
3.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MANÍACO DEPRESIVAS.....	27

3.2.1. A nivel mundial	27
3.2.2. A nivel nacional	28
3.2.3. Datos estadísticos en el HOMERIS.....	28
3.3. DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES MANÍACO DEPRESIVAS.....	29
3.4. ETIOLOGÍA	29
3.4.1. Factores genéticos	29
3.4.2. Factores bioquímicos neuroendocrinos y neurofisiológicos.....	30
3.4.3. Factores psicológicos.....	31
3.4.4. Factores psicosociales	31
3.5. HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA – HOMERIS.....	32
3.5.1. Actividades asistenciales	33
3.5.1.1. Consulta externa de psiquiatría.....	33
3.5.1.2. Consulta externa de psicología	33
3.5.1.3. Revista de pacientes hospitalizados.....	33
3.5.1.4. Reunión de pacientes hospitalizados	33
3.5.1.5. Consulta terapéutica a la familia	34
3.5.2. Actividades educativas.....	34
3.5.2.1. Reunión con familia y actividades educativas de información	34
3.5.2.2. Asesoría y actividades educativas	34
3.5.2.3. Promoción.....	36
3.5.3. Actividades preventivas	36
3.5.3.1. Clínica del litio y/o droga de depósito	36
3.5.3.2. Salud mental en la infancia	35

3.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	36
3.7. CONSIDERACIONES EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA BRINDADO EN EL HOMERIS	38
3.7.1. Alteraciones producidas por inadecuados cuidados de enfermería.....	39
3.8. TRATAMIENTO	40
3.8.1. Hospitalización	40
3.8.2. Terapia Electro Convulsiva – TEC -	41
3.8.3. Psicoterapia	42
3.8.4. Tratamiento farmacológico	42
3.8.4.1. Fármacos antidepresivos	42
3.8.4.2. Fármacos antipsicóticos	44
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
4.1. TIPO DE ESTUDIO	46
4.2. POBLACIÓN.....	46
4.3. DISEÑO DE MUESTRA.....	47
4.4. VARIABLES DE ESTUDIO	48
4.4.1. Factores de riesgo.....	48
4.4.2. Cuidados de enfermería.....	49
4.5. FUENTES DE DATOS.....	49
4.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
4.7. CONTROL DE SESGOS	51
4.8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	51
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53

5.1. FACTORES DE RIESGO.....	58
5.1.1. Sexo	58
5.1.2. Edad.....	60
5.1.3. Estado civil.....	62
5.1.4. Intento suicida y deseo de muerte	63
5.1.5. Conflictos familiares.....	66
5.1.6. Grado de consanguinidad	68
5.1.7. Consumo de sustancias psicoactivas y tipo de sustancias	70
5.1.8. Tipo de tratamiento.....	71
5.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA	74
5.2.1. Comentarios.....	82
5.2.2. Efectividad y tiempo de efecto de los medicamentos	83
5.2.3. Efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos	86
5.2.3.1. Sedación, aturdimiento y sensación de estar "medicado".	87
5.2.3.2. Resequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento y dificultad al orinar.	88
5.2.3.3. Aumento de peso	88
5.2.3.4. Disfunción sexual.....	88
5.2.4. Explicaciones acerca de la patología y su manejo.....	89
5.2.4.1. Derecho a la información	91
5.2.4.2. Derecho al consentimiento informado	92
5.2.5. Rutina del hospital	95
5.2.6. Gestos de amabilidad	96
5.2.7. Solicitan a la familia en casos necesarios.....	98

5.2.8. Confianza para comentar temores y/o preocupaciones	101
5.2.8.1. Transferencia	103
5.2.8.2. Contratrtransferencia	105
5.2.9. Iluminación.....	108
5.2.10. Cambios en el patrón de sueño	109
5.2.10.1. Causas comunes	112
6. CONCLUSIONES	116
7. RECOMENDACIONES.....	123
7.1. EDUCAR AL PUBLICO.....	123
7.2. INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES Y A LAS FAMILIAS	124
7.3 ESTABLECER POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEGISLACIÓN A ESCALA NACIONAL	124
7.4. DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO.....	125
7.5. ESTABLECER VÍNCULOS CON OTROS SECTORES.....	127
7.6. VIGILAR LA SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES.....	128
7.7. APOYAR NUEVAS INVESTIGACIONES	129
8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA.....	130
8.1. SINTOMAS DE DEPRESION Y MANIA	131
8.1.1. Síntomas de la depresión.....	131
8.1.2. Síntomas de la manía	132
8.2. TRATAMIENTO	133
8.2.1. Hospitalización	133
8.2.2. Psicoterapia	133

8.2.3.Tratamiento farmacológico	133
8.3. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE CUIDADOS	133
8.3.1. Objetivos a corto plazo.....	136
8.3.2. Objetivos a largo plazo.....	137
8.4. PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE MANIACO	137
8.4.1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza	137
8.4.2. Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación	138
8.4.3. Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía	139
8.4.4. Favorecer el descanso y el sueño.....	139
8.4.5. Brindar una dieta nutritiva	140
8.4.6. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana	141
8.4.7. Proporcionar apoyo emocional	141
8.4.8. Proporcionar al paciente y a su familia los elementos suficientes de educación para el uso del tratamiento con carbonato de litio	142
8.5. PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE DEPRESIVO	144
8.5.1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza	144
8.5.2. Disminuir los factores de riesgo	145
8.5.3. Proporcionar actividad	146
8.5.4. Favorecer el descanso y el sueño.....	146
8.5.5. Brindar una dieta nutritiva	147
8.5.6. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas	

y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana	148
8.5.7. Proporcionar apoyo emocional	148
8.5.8. Proporcionar al paciente y a su familia los elementos suficientes de educación	149
BIBLIOGRAFIA	150

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Esquema de factores biológicos, psicológicos y sociales.....	53
Figura 2. Distribución por genero.....	58
Figura 3. Grupos etáreos.....	61
Figura 4. Estado civil.....	63
Figura 5. Pacientes con intento de suicidio	64
Figura 6. Pacientes con deseo de muerte.....	65
Figura 7. Ocurrencia de problemas familiares	68
Figura 8. Grado de consanguinidad da familiares que presentan EMD	69
Figura 9. Consumo de sustancias psicoactivas	70
Figura 10. Tipo de sustancias psicoactivas	71
Figura 11. Continuidad en el tratamiento	72
Figura 12. Tratamientos exitosos	72
Figura 13. Componentes en la atención del usuario	75
Figura 14. Ha escuchado comentarios del estado de otros pacientes.....	82
Figura 15. Explicación sobre la efectividad de los medicamentos.....	84
Figura 16. Explicación de los efectos adversos	87
Figura 17. Recibe explicaciones sobre patología y su manejo.....	94
Figura 18. Se explica la rutina del hospital.....	96
Figura 19. Recibe gestos de amabilidad por parte del personal en salud	98

Figura 20. El personal solicita a la familia	100
Figura 21. Confianza para comentar temores y preocupaciones	108
Figura 22. Iluminación adecuada	109
Figura 23. Cambios en el patrón de sueño	110

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A. INSTRUMENTO PARA LA CONDENSACION DE DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA	152
ANEXO B. INSTRUMENTO PILOTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA APLICADO A LOS PACIENTES DEL HOMERIS.....	153
ANEXO C. INSTRUMENTO PILOTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA APLICADO A FAMILIARES DE PACIENTES MANIACO DEPRESIVOS EN EL HOMERIS.....	155
ANEXO D. INSTRUMENTO FINAL UTILIZADO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA APLICADO A LOS PACIENTES DEL HOMERIS.....	157
ANEXO E. INSTRUMENTO FINAL UTILIZADO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA APLICADO A FAMILIARES DE PACIENTES MANIACO DEPRESIVOS EN EL HOMERIS.....	159

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad mental se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta en la sociedad actual, es el resultado de la alteración en la dinámica biológica, psicológica y social en el individuo. Caracterizada por estar asociada con situaciones que afectan el comportamiento del individuo, tales como conflictos familiares, laborales y personales.

Dentro de las enfermedades de tipo mental clasificadas dentro de los trastornos del estado de ánimo se encuentran los trastornos afectivos bipolares o bien conocidos como trastornos maníaco-depresivos.

Este tipo de trastornos se caracteriza por tener etapas de depresión y manía, donde la Depresión se puede definir como un síndrome Psicótico o no que se manifiesta por abatimiento, retardo psicomotor, insomnio, pérdida de peso, alteraciones del humor, tristeza y disminución de la autoestima; y la Manía que es un síndrome psicótico o no, caracterizado por excitación psicomotora, euforia patológica, hiperactividad e ideas de grandeza.

Estudios realizados demuestran que alrededor del 0.8% de la población en general, ha experimentado alguna vez un episodio maníaco.

La frecuencia máxima de trastornos bipolares se presenta en los primeros años de la edad adulta, a pesar de que muchas personas muestran evidencia de trastornos en la adolescencia. Una pequeña cantidad de personas experimentan uno o más cuadros de depresión alternados con episodios de manía, una variable del trastorno bipolar, llamado bipolar I. El trastorno bipolar II sólo presenta hipomanías alternadas con cuadros depresivos; nunca existe la presencia de manía.

La prevalencia de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es de 0.4% - 1.6% en Pereira, presentándose más frecuentemente a los 30 años. Un 25-50% presentan al menos un episodio suicida e incluso un 60% presenta abuso de sustancias.

Generalmente el episodio depresivo dura de 6 a 9 meses durante los cuales el paciente presenta una serie de signos y síntomas característicos de dicha enfermedad.

Dentro de los factores de riesgo que pueden potenciar la aparición de una enfermedad maníaco-depresiva, pueden estar el sexo, la raza, la residencia, la edad, el estado civil, antecedentes hereditarios y ambientales, violencia familiar, aislamiento social y familiar, experiencias infantiles asociadas a pérdidas afectivas, rasgos de la personalidad y estrés social. Dentro de los factores que

pueden precipitar nuevas crisis y los coadyudan al deterioro físico y mental están la suspensión de medicamentos o inasistencia a controles periódicos por sentir mejoría, ingestión de bebidas alcohólicas, uso o abuso de sustancias tóxicas e inactividad laboral entre muchos otros.

Es por todas las consecuencias que trae consigo la presencia de una crisis maníaco-depresiva a nivel individual, familiar y social que el Hospital Mental de Risaralda (HOMERIS) a través de sus programas ha creado una serie de actividades encaminadas a la conservación de la salud mental dentro de las cuales se intenta promover el conocimiento de la enfermedad, los factores de riesgo y el tratamiento farmacológico, con las cuales se ha conseguido la reducción de la frecuencia de la presentación de la crisis, su duración y la gravedad de sus síntomas.

En general, cabe decir que las enfermedades mentales han sido, son y seguirán siendo objeto de estudio e investigación, donde cada día se crean nuevas respuestas a la problemática y se crean numerosas expectativas en torno a sus causas y al tratamiento indicado a seguir.

No podría pasarse por alto el papel fundamental del Profesional de enfermería en el reestablecimiento de las funciones normales en el individuo que experimenta o ha experimentado una enfermedad mental, pues es precisamente este Profesional por sus cualidades humanas, su formación científica y su contacto directo y permanente con el paciente, quien está en la capacidad de evaluar el

peligro de recaídas, ofrecer apoyo y protección durante la crisis y examinar los modelos de interacción habitual con las demás personas de la familia y de la sociedad. El objetivo es ayudar al paciente a utilizar mecanismos de afrontamiento para que de manera efectiva reconozca aquellas situaciones que por lo regular generan espacios de actividades y descanso, donde la meta principal sea el reforzamiento de la autoestima baja o perdida.

Es por todo esto y por la ausencia de un conocimiento exacto en el momento sobre los factores de riesgo, la frecuencia de aparición de la enfermedad en el Municipio de Pereira y los cuidados de enfermería brindados en el Homeris, que se considera de interés indagar sobre estos puntos para llegar a un conocimiento más preciso del trastorno. Para brindar en un futuro no muy lejano, un excelente cuidado integral a los pacientes con una enfermedad afectiva bipolar se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la enfermedad maníaco-depresiva en el Hospital Mental de Risaralda y los cuidados de enfermería brindados a estos pacientes?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades Maníaco Depresivas son fundamentalmente graves trastornos

del afecto, con alteraciones severas del pensamiento y del comportamiento, tienen tendencia a la reaparición así el tratamiento se suministre correctamente y determina en un gran número de pacientes un estado de deterioro mental.

Por lo general, la incidencia de las reacciones maníaco-depresivas en el mundo se considera de 3 a 4 por 1000 habitantes, especialmente en mujeres entre los 20 y 25 años de edad.

Como enfermedad de presentación periódica caracterizada por alteración del estado de ánimo donde la persona muestra comportamientos de excesiva alegría o demasiada tristeza sin la presencia de una causa real que la respalde, la psicosis maníaco-depresiva representa una serie de graves consecuencias tanto para el individuo como para la familia y la sociedad.

Para que se presente el trastorno en un individuo deben haber unos puntos de referencia a nivel individual, familiar y comunitario que indiquen las características de salud mental de cada grupo de influencia.

A nivel individual ha de tenerse en cuenta la capacidad de afrontamiento y su mayor o menor vulnerabilidad, el mantenimiento de una actitud positiva hacia uno mismo y hacia los demás. El establecimiento de relaciones satisfactorias y el compartir responsabilidades con otros, desarrollar actividades cotidianas y modificarlas según la necesidad, actuar con autonomía, adaptarse a los cambios, mantener un nivel óptimo de salud acorde con la edad y características

personales, cumplir satisfactoriamente con el rol, interiorizar normas sociales y culturales, tener la capacidad para alcanzar metas y aspiraciones.

A nivel familiar ha de considerarse la capacidad de desarrollar experiencias y de apoyarse entre padres e hijos sin que ello implique la pérdida de identidad personal, la presencia de un ambiente de respeto por los pensamientos, sentimientos y actitudes del otro sin crear valoraciones negativas o castigos inadecuados, el fomento de lazos emocionales entre los miembros de la familia que a su vez posibiliten la creación de lazos con otras personas fuera del sistema familiar; inculcar en los miembros creencias, valores culturales, normas y expectativas sociales que fomenten el desarrollo de la identidad familiar y autoidentidad; ofrecer la oportunidad de adquirir habilidades sociales y la resolución de problemas; mantener una comunicación familiar que permita ofrecer apoyo en momentos de crisis y de estrés.

A nivel comunitario ha de valorarse como la sociedad incide en el ajuste individual. Entre las consideraciones tenemos la adecuación del número de escuelas, servicios de salud, actividades sociales y recreativas accesibles a los ciudadanos; redes de apoyo que brinden soporte tanto en situaciones cotidianas como en aquellas de crisis; la presencia de servicios y organizaciones para las personas que tienen un nivel de vulnerabilidad elevado para evitar la marginación o las privaciones; grupos que ayuden a la familia a compartir actividades y a promover la salud mental y la aplicación de leyes y normas de la comunidad que fomenten la igualdad de los ciudadanos.

En lo que respecta a la vulnerabilidad de los pacientes hacia la enfermedad, depende de la exposición o predisposición que se tenga frente a los factores de riesgo y la identificación oportuna de comportamientos extraños incluyendo estado de alegría exagerada y de tristeza o depresión constante, continuando con una primera decisión que hay que tomar acerca de la hospitalización teniendo en cuenta si hay el margen de seguridad suficiente para tratar al paciente en casa o si hay que acudir a un centro hospitalario.

Bien es sabido que el cuidado de enfermería ha sido identificado como una ciencia y un arte que exige conocimientos y actitudes especiales. Aunque el cuidado es uno y lo que cambia es el abordaje para intervenir en cada situación, se debe tener presente que la enfermera debe aceptar la reciprocidad y reconocer la multicausalidad de salud, ver seres holísticos, reconocer al otro y a sí misma como ser activo y trascendente y además tener presente que el fin último del cuidado es fomentar la autonomía, dignificar al ser humano, responder al llamado del cuidado del otro, vivir y crecer en el cuidado, crecer como cuidador, interactuar con otro ser en el cuidado buscando equilibrio posterior en su capacidad de cuidarse a sí mismo y no olvidar que el cuidado siempre requiere de un momento, de un contexto, de un escenario.

Por lo tanto la intervención adecuada, eficiente y oportuna es de vital importancia en la prevención, promoción y tratamiento de una crisis maníaco-depresiva, para lo cual esta investigación aportará elementos en el abordaje de esta enfermedad

que beneficien a la institución al conocer más profundamente la enfermedad y por tanto permita establecer un cuidado y una atención integral que contribuye a la recuperación de la autonomía, el autoconcepto y el amor por sí mismos en los pacientes de EMD. Por lo tanto, esta investigación le brindará a la familia y a la sociedad los elementos básicos para comprender el comportamiento de un paciente maniaco-depresivo y por ende ayudarlo a enfrentar sus crisis y a reiniciar su vida como un miembro activo de estas instituciones.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Identificar la frecuencia de consulta al HOMERIS de enfermedades maniaco-depresivas, los factores de riesgo y los cuidados de enfermería brindados a estos pacientes durante el primer semestre del año 2002. Para presentar propuestas que ayuden al mejoramiento del cuidado brindado a estos pacientes.

2.2. ESPECÍFICOS

- Calcular el porcentaje de consulta por enfermedad maniaco-depresiva.
- Establecer los factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad y el ingreso de pacientes al HOMERIS.
- Describir los cuidados de enfermería brindados a los pacientes afectados por EMD que consultan al HOMERIS.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA

La enfermedad maníaco-depresiva es fundamentalmente un grave trastorno del estado de ánimo, puede presentar notables trastornos del pensamiento y comportamiento, es de presentación periódica donde las personas presentan comportamientos de excesiva alegría o demasiada tristeza sin la presencia de una causa real que lo respalde.

3.1.1. Tipos de Enfermedad Maníaco Depresiva, signos y síntomas. La enfermedad maníaco-depresiva aparece dividida en tres subtipos principales: maníaca, depresiva y circular.

3.1.1.1. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo maníaco. El paciente suele presentar exaltación e irritabilidad, aceleración del habla, fuga de ideas y aumento de la actividad motora. Son personas dotadas de una alegría inagotable, siempre están alertas, captan rápidamente cualquier idea nueva, la desarrollan con energía, manipulan las personas y las cosas que le rodean para conseguir una aceptación.

3.1.1.1.1. Hipomaníaca. Hay una triada clásica de síntomas:

- Estado de ánimo eufórico pero inestable.
- Premura en el hablar
- Aumento de la actividad motora.

El hipomaníaco habla con facilidad, con gracia y no para de hablar; es cordial, amistoso; irradia buena salud; le brillan los ojos, tiene una piel radiante; tiene un paso muy ligero; expresa impaciencia e intolerancia cuando sus deseos no son gratificados inmediatamente.

3.1.1.1.2. Aguda. Las anteriores manifestaciones son más intensas y más perturbadoras para los que rodean a la persona; hace bromas y chistes chabacanos o blasfemos; es desconsiderado con los demás y no tiene en cuenta sus necesidades; pasa rápidamente de una actividad a otra y nunca termina lo que empieza; hay pérdida del contacto con la realidad, aparenta delirios de riqueza o de gran poder.

3.1.1.1.3. Manía delirante. Es el estado de perturbación más intenso, puede desarrollarse gradualmente, cuando el paciente pasa primero por las dos fases menores, o puede aparecer de repente. Pueden ser manifiestos todos los síntomas anteriores, pero ahora en su forma más extrema. El paciente habla de forma incoherente y se entrega a una actividad constante y sin ningún propósito,

tiene alucinaciones y delirios; puede haber incontinencia urinaria y fecal.

3.1.1.2. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo depresivo. Son personas calladas y retraídas, corteses y responden brevemente a las preguntas pero nunca toman iniciativa y dejan morir cualquier intento de conversación. Las personas sinceras y formales no carecen de compasión, pero es más fácil moverlas al llanto que a la risa.

3.1.1.2.1. Retardo simple. Puede aparecer casi imperceptiblemente. Se identifica una tríada clásica de síntomas:

- Estado de ánimo deprimido.
- Dificultad para pensar.
- Dificultad psicomotora.

El paciente se muestra abatido y sombrío, tiene una expresión apagada, parece agobiado, anda encorvado, habla en un tono bajo, dice que todo es inútil, que es una desgracia para su familia, tiene poco apetito, duerme mal y se despierta temprano.

Pueden tener intento de suicidio, también pueden matar a sus hijos, para ahorrarles la desgracia y las angustias de la vida, sin embargo, no hay desorientación ni déficit intelectual.

Estos pacientes formulan quejas somáticas múltiples y persistentes: sensación de malestar ante las cosas que no van bien, cefaleas, náuseas, sensación de ahogo, molestias abdominales, estreñimiento, debilidad, fatiga, tensión e inquietud. No pueden fijar su atención en otra cosa que no sean las anteriores manifestaciones.

3.1.1.2.2. Depresión aguda. Puede sobrevenir después de cualquiera de los estados anteriores o puede presentarse de repente.

El paciente tiene un aspecto de desesperanza total y profundo abatimiento. Siente que ha cometido pecados imperdonables que han provocado la desgracia de la familia y que es responsable de todos los infortunios que se presentan. Todos hablan de él, de sus malos actos especialmente en televisión y el periódico. Siente voces que le dicen que se mate, son comunes las pesadillas. Tiene poco apetito, es notable el estreñimiento y se produce una considerable pérdida de peso.

3.1.1.3. Enfermedad Maníaco Depresiva de tipo circular. Hay por lo menos un ataque de manía y otro de depresión; puede haber un breve período de normalidad mientras el paciente pasa de un estado a otro, pero, en muchos casos, la transición puede sucederse sin este intervalo normal.

3.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MANÍACO DEPRESIVAS

Se presentan las cifras epidemiológicas para la enfermedad maníaco-depresiva abordadas desde al ámbito mundial y nacional.

3.2.1. A nivel mundial. En 1900 en el Hospital de Boston el 17% de los internos eran diagnosticados con enfermedad maníaco-depresiva y en el Mclean fue del 37%, disminuyéndose estos porcentajes en 1950 a un 8% en el Hospital de Boston y el 6% en el Mclean.

Por lo general la incidencia de las reacciones maníaco-depresivas se considera de 3 a 4 por 1000; se dice que son menos frecuentes en los países escandinavos y en el norte de Europa. Se dice que la incidencia entre los judíos e irlandeses es superior a la media, y también que se recuperan incluso, en casos en que otros se considerarían malignos. En EE.UU. las mujeres padecen esta enfermedad más que los hombres, y las clases sociales altas son más vulnerables a esta enfermedad que las clases inferiores.

La forma maníaca de las reacciones se produce principalmente en las personas más jóvenes (entre 20 y 35 años), y la depresiva en las mayores (60-65 años).

3.2.2. A nivel nacional. La prevalencia durante la vida es de 0.4 al 6% en el trastorno bipolar I, 0.5% en el bipolar II y de 0.4-1.09% en la ciclotimia.

En los trastornos bipolares tipo I la enfermedad se inicia tempranamente (promedio de 21 años), su frecuencia aumenta hasta los 35 años y luego disminuye; sin embargo, el 20% de los casos se inicia después de los 50 años.

El bipolar I y la ciclotimia son igualmente frecuentes en hombres y mujeres. No así el bipolar II que parece ser más frecuente en mujeres. No hay evidencia de relación entre clase social y trastorno bipolar.

Es importante enfatizar que en los adolescentes se pueden presentar síntomas similares a la enfermedad maníaco-depresiva conocidos como "torbellinos de la adolescencia".

3.2.3. Datos estadísticos en el HOMERIS. Durante el segundo semestre del año 2001 la frecuencia de consulta en el Hospital Mental de Risaralda fue la siguiente:

De 6.659 consultas de todo tipo de trastorno mental, el 5.2% equivalente a 345 pacientes tuvieron diagnóstico de enfermedad maníaco-depresiva, de las cuales el 58.9% de las consultantes fueron mujeres entre los 6 y los 79 años, y el 41.7% fueron hombres entre los 9 y 70 años.

3.3. DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES MANÍACO DEPRESIVAS

El diagnóstico suele aplicarse a pacientes que cuentan en su historia con una psicosis afectiva anterior o en ausencia de ella, cuando no ha habido un hecho desencadenante obvio y un tipo de enfermedad preexistente. También se deben tener en cuenta las experiencias de desarrollo, las características temperamentales y el comienzo de desarrollo de la enfermedad por todos sus síntomas conductuales y físicos.

3.4. ETIOLOGÍA

La enfermedad maníaco depresiva es el resultado de un sinnúmero de factores que de una u otra manera afectan al individuo.

3.4.1. Factores genéticos. Se ha estudiado más sistemáticamente la incidencia de la enfermedad maníaco-depresiva en los familiares de los pacientes y se ha postulado una transmisión genética.

Los estudios de gemelos muestran que la tasa de concordancia entre los monocigotos varía entre el 25 y 96% (concordancia media 70%), mientras que en dicigóticos es del 0 al 38.5% (concordancia media 16%). Estas concordancias están a favor de una predisposición genética de la enfermedad.

Otros datos muestran que los familiares biológicos de primer grado de un bipolar I, tienen frecuencias aumentadas de bipolar I: 4-24%, bipolar II: 1-5% y trastorno depresivo mayor: 4.24%. Los de bipolar II y de ciclotimia también tiene tasas más altas de bipolar I, bipolar II y de trastorno depresivo mayor (TDM).

La posibilidad de enfermar es más alta a medida que el grado de consanguinidad con un enfermo sea más cercano. Las cifras varían en diferentes estudios, y se dice que si un paciente padece de un trastorno afectivo mayor, sus padres tienen de 1.8% a 14.5% de posibilidades de tener la enfermedad; los hijos del 6.1% al 14.4% y los hermanos el 2.7% al 18.8%, mientras que en la población general el riesgo sería aproximadamente del 0.8%.

Se ha demostrado que el riesgo es mucho más alto en los familiares de los pacientes con trastornos bipolares que en los familiares de pacientes con trastornos unipolares.

3.4.2. Factores bioquímicos neuroendocrinos y neurofisiológicos. Se han postulado los mismos cambios en los neurotransmisores cerebrales, función hipotalámica y en los registros polisomonográficos que en trastorno depresivo mayor.

Estudios de imagenología cerebral, han reportado agrandamiento de los ventrículos cerebrales en los bipolares I. Igualmente, la espectrografía por resonancia magnética provee datos consistentes con patofisiología en la

regulación del metabolismo de fosfolípidos de la membrana neuronal.

3.4.3. Factores psicológicos. Se considera que los factores genéticos a través de la neuroquímica son las más importantes en la etiología del trastorno bipolar.

Sin embargo, otros factores del desarrollo psicológico del niño, especialmente durante los dos primeros años, predisponen a las depresiones más severas, incluyendo las psicóticas y la manía.

3.4.4. Factores psicosociales. Es claro que en muchos casos las crisis son precipitadas por eventos externos de tipo negativo y desagradable, pero también el precipitante puede ser un éxito profesional.

Los factores precipitantes tienen mayor importancia en los pacientes cuya enfermedad se inicia tardíamente.

Por otra parte, y en relación con las diferentes crisis en un determinado paciente, se ha observado que hay una mayor frecuencia de eventos desencadenantes en el primer episodio, pero en los subsiguientes ya no son ni tan necesarios, ni tan importantes.

3.5. HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA – HOMERIS -

El HOMERIS se encuentra ubicado en el Kilómetro 4 vía a Cerritos, tiene como misión conservar la posición de liderazgo en la atención de salud mental y general, mediante servicios competitivos de alta eficiencia y calidad, con un mayor nivel científico, tecnológico, a través de procesos dinámicos que permitan generar valor agregado y un talento humano profesional comprometido en mejorar el nivel de vida de la población, para esto cuenta con los siguientes servicios: Consulta externa, urgencias, hospitalización mujeres y hombres pensionados, área para terapia ocupacional, sala para terapia electroconvulsiva, consultorios, campo abierto para actividades recreativas y Gimnasio, canchas para deportes y oficinas administrativas.

En el Hospital Mental de Risaralda se ha creado a través de su programa SALUD MENTAL COMUNITARIA, una serie de actividades de tipo preventivo que se encaminan a la conservación de la salud mental.

Mediante la implementación de grupos debidamente orientados que promueven el conocimiento sobre la enfermedad, los factores de riesgo y el tratamiento farmacológico, se ha conseguido la reducción de la frecuencia en la presentación de crisis, su duración y la gravedad de sus síntomas. Dichas actividades se dividen en asistenciales, educativas y preventivas.

3.5.1. Actividades asistenciales. Son actividades que se realizan dentro del Hospital HOMERIS, discriminadas así:

3.5.1.1. Consulta externa de psiquiatría. Es la valoración de pacientes que han estado hospitalizados o que han requerido manejo psiquiátrico ambulatorio. Teniendo en cuenta la patología se hace énfasis en el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Éste tiene como objeto mantener a los pacientes en continuo control médico psiquiátrico.

3.5.1.2. Consulta externa de psicología. Es la valoración y/o evaluación de pacientes que han estado hospitalizados o que han requerido manejo psiquiátrico o psicológico ambulatorio, asesoría y manejo psicoterapéutico en el caso requerido. Tiene como objetivo prestar atención al paciente psiquiátrico, su familia y comunidad en general, en la modalidad de asistencia psicológica.

3.5.1.3. Revista de pacientes hospitalizados. Es la actividad interdisciplinaria que busca determinar un diagnóstico bio-psico-social estableciendo pautas de manejo y tratamiento. Procura un conocimiento global de la situación del paciente que además del manejo de la crisis permita concientizar al grupo familiar y a la comunidad sobre el manejo y prevención de la patología mental.

3.5.1.4. Reunión de pacientes hospitalizados. Es una actividad semanal que busca una mayor adaptación de los pacientes al hospital y una mayor interacción con los funcionarios y compañeros. Busca motivar a los pacientes para que verbalicen sus inquietudes con respecto al funcionamiento en general del hospital

y las dificultades interindividuales.

3.5.1.5. Consulta terapéutica a la familia. Es una modalidad psicoterapéutica que busca ampliar el conocimiento acerca de la enfermedad indagando la dinámica del grupo familiar. Procura que los integrantes del grupo familiar desarrollen procesos de introspección que equilibre las vicisitudes de la dinámica familiar.

3.5.2. Actividades educativas. Son actividades encaminadas a brindar información sobre la enfermedad y la forma de tratarla.

3.5.2.1. Reunión con familia y actividades educativas de información. Se realizan con los familiares y pacientes que se encuentran hospitalizados. Proporcionan un acercamiento a la familia y el personal del hospital que permita una comprensión de la situación del paciente.

3.5.2.2. Asesoría y actividades educativas. Dirigidas a todas aquellas personas que trabajan directa o indirectamente en labores que requieren algún conocimiento de salud mental, tanto para preservarla como para reconocer la enfermedad o los factores de riesgo.

3.5.2.3. Promoción. Actividades encaminadas a dar a conocer los servicios que presta el HOMERIS y sensibilizar a la comunidad en general para que se hagan

receptivos a las diferentes actividades del programa de salud comunitaria.

3.5.3. Actividades preventivas. Actividades encaminadas a prevenir la enfermedad y sus recaídas.

3.5.3.1. Clínica del litio y/o droga de depósito. Actividades preventivas y asistenciales dirigidas a pacientes con enfermedad mental crónica que requieran de tratamiento continuo con carbonato de litio o neurolépticos de depósito. Busca concientizar a los pacientes y a sus familias sobre las características de la patología y su tratamiento.

3.5.3.2. Salud mental en la infancia. Actividad preventiva dirigida a disminuir el trastorno mental en el adolescente o en el adulto a través de una oportuna intervención en el niño de alto riesgo.

Interviene a los niños con signos y síntomas en su comportamiento para evitar o disminuir alteraciones en etapas posteriores del desarrollo.

3.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A continuación se describen los cuidados específicos que se deben brindar al paciente maniaco-depresivo:

- Debe explicarse al paciente la rutina del hospital y al mismo tiempo intentar conocer sus hábitos cotidianos, especialmente por la noche (patrón habitual de sueño), recalcar el hecho de que el personal del hospital entra con frecuencia por la noche en las habitaciones, para evitar sobresaltos.
- Procurar que la administración de fármacos no trastorne el sueño del paciente.
- Conviene mantenerse la cabecera de la cama elevada para que el paciente tenga un mayor campo visual.
- Puede favorecerse el contacto con la realidad colocando la cama cerca de la ventana, un calendario en la pared o un reloj a la vista del paciente, y también marcando cambios en el ritmo día – noche y colocando espejos a su alcance.
- Una caricia o un gesto cariñoso puede ayudar a comunicar al paciente un sentimiento de "estoy cuidándolo".
- Deben mantenerse las luces encendidas, dado que la oscuridad parcial da lugar a sombras y favorece el desarrollo de alucinaciones. La desorientación es más grave en la oscuridad o con luz tenue. En esta situación aumentan los sentimientos de soledad, desesperanza y añoranza del hogar. El uso de luces intermitentes en las bombas de perfusión endovenosas o los aspiradores, así como cualquier tipo de ruido en una habitación oscura, aumentarán la ansiedad.
- En caso de agitación importante debe solicitarse a un amigo o miembro de la

familia que se quede con el paciente, la inmovilización debe utilizarse sólo como último recurso.

- El fármaco más utilizado para controlar la agitación severa y las alucinaciones suele ser el haloperidol. Debe pautarse un horario predeterminado, y no administrarlo nunca ante una demencia: el tratamiento debe interrumpirse de forma gradual durante varios días.
- Hablar al paciente con tranquilidad, procurando ganarse su confianza, pero sin hacer comentarios banales o afirmaciones poco justificadas.
- Evitar los comentarios que el enfermo pueda malinterpretar.
- Evitar la presencia de personas hacia las cuales el paciente demuestre una especial susceptibilidad.
- Siempre hay que intentar tranquilizar al paciente y lograr su cooperación antes de decidir recurrir a la fuerza.
- Si el paciente no declina su agresividad y es preciso reducirlo contra su voluntad, actúese con eficacia y rapidez, contando con la colaboración de un número suficiente de personas que procedan coordinadamente en el intento de inmovilizarlo para poder aplicar un método de sujeción apropiada.
- Controlar la nutrición e hidratación del paciente ya que puede rechazar todo alimento y bebida, exponiéndose a desequilibrios del medio interno.
- Es muy importante explicar al enfermo y a sus familiares que la medicación antidepresiva no hace efecto de inmediato, ya que debe pasar de 2 a 6 semanas para advertir plenamente sus beneficios.
- Debe conocerse y explicarse al paciente y a sus familiares los efectos

secundarios de los fármacos, tomando las referencias de intento de suicidio en todo paciente depresivo y teniendo en cuenta que el riesgo de suicidio es mayor cuando el tratamiento farmacológico sea efectivo, ya que el enfermo cuenta con fuerzas para consumarlo porque siente mejoría en su estado de ánimo.

3.7. CONSIDERACIONES EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA BRINDADO EN EL HOMERIS

Los profesionales del HOMERIS dirigen los cuidados de enfermería hacia el individuo, la familia y la comunidad, sin hacer ninguna diferencia con relación a otros trastornos fisiológicos en los cuales se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

- Mostrar una actitud comprensiva y tolerante ante la conducta inhibida o exaltada del paciente.
- Conocer los medicamentos ordenados en el tratamiento para evitar reacciones adversas e interacciones inadecuadas con otros medicamentos que pueden alterar la salud del paciente.
- Reforzar la confianza del enfermo en el equipo terapéutico y no atemorizar con órdenes, gritos o amenazas.

- Incentivar al paciente a realizar las actividades cotidianas.
- Resaltar sus logros.
- Aclarar dudas al paciente y a la familia acerca de la enfermedad.
- Realizar ejercicios de relajación.
- Los cuidados deben evitar la pasividad absoluta del paciente e intentar lograr la colaboración en la medida de sus posibilidades.
- Explicar claramente en qué consiste su enfermedad, cuál es el tratamiento y qué efectos colaterales tiene.
- Asesorar a la familia para que tome actitudes firmes y conscientes ante las actitudes del paciente.
- Estimular la responsabilidad compartida por los miembros de la familia.
- Verificar la ingesta del medicamento como la prescribe el médico, e incentivarlo para que siga el tratamiento al pie de la letra.
- Implementar programas de prevención y promoción dirigidos a la comunidad.

3.7.1. Alteraciones producidas por inadecuados cuidados de enfermería.

- Si el equipo terapéutico no muestra interés en el paciente y en su tratamiento puede llegar a generar conductas violentas y de rechazo en éste.
- Si el personal no refuerza el autoestima y actitudes del paciente, éste puede entrar en un período depresivo más acentuado.
- Al no explicar los procedimientos que se le van a realizar al paciente, éste puede rehusarse a ellos.

- El no explicar a la familia qué es la enfermedad y cuál es el tratamiento, ésta puede desarrollar un conocimiento erróneo acerca de la enfermedad y, por lo tanto, producir un rechazo ante el paciente y la institución.
- Cuando no se estimula la responsabilidad que tiene el paciente y los miembros de la familia en el transcurso del tratamiento, puede llevar a una interrupción del mismo.

3.8. TRATAMIENTO

El tratamiento puede disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas al trastorno, al disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias sicosociales de los episodios y al mejorar el funcionamiento sicosocial entre los mismos. El episodio maniático puede durar más de tres meses sin tratamiento, con una posibilidad de recurrencia del 45%. El tiempo de duración del tratamiento con el mismo medicamento está también relacionado con las tasas de recaídas.

3.8.1. Hospitalización. La primera decisión que hay que tomar es la de si hay el margen de seguridad suficiente para tratar al paciente en casa o si hay que enviarlo al hospital.

Si el paciente se encuentra en un estado de manía o depresión aguda, la hospitalización es obligada.

En el retardo simple o hipomanía, se puede decidir intentar un tratamiento ambulatorio según la situación.

Los puntos que hay que tener en cuenta son la historia, el estado actual, como son las relaciones interpersonales del paciente y la relación con el médico.

3.8.2. Terapia Electro Convulsiva – TEC -. La TEC ha sido muy usada y se considera un tratamiento sintomático específico para el ataque depresivo. Generalmente, hay una mejoría espectacular después de uno o dos tratamientos y para la mayoría de los pacientes que responden favorablemente, basta un tratamiento de seis o nueve secciones, administrados dos o tres veces por semana en un período de tres o cuatro semanas. En cualquier caso, produce una pérdida temporal de facultades mentales y en contadas ocasiones puede dar lugar a una grave pérdida de memoria y otros defectos de la función intelectual.

Muchos psicoterapeutas creen que cuando el paciente depresivo se encuentra libre de síntomas como por arte de magia, reprime sus conflictos rápidamente y evita activamente pensar en los factores situacionales y de experiencia que pueden haber tenido un papel significativo en el desarrollo de la enfermedad.

Otro de los beneficios de la TEC es que aumenta psinosis de las neuronas y hace que se aumente la absorción de medicamentos.

3.8.3. Psicoterapia. Se debe ofrecer apoyo y comprensión durante la crisis y después de examinar los modelos de interacción habituales con los demás, con miras a ayudar al paciente a utilizar sus cualidades de forma más efectiva y reconocer aquellas situaciones que por lo regular llevan a la frustración y al desengaño. El objetivo es ayudar al paciente a ser más efectivo en el uso de sus capacidades, pero no alterar sustancialmente sus patrones de personalidad fundamentales.

3.8.4. Tratamiento farmacológico. Este tipo de tratamiento está basado en una serie de medicamentos encaminados a controlar las crisis maníacas y/o depresivas.

3.8.4.1. Fármacos antidepresivos. Se llaman así los medicamentos empleados para tratar depresión mediante la corrección del desequilibrio químico que acompaña al humor depresivo.

La depresión maníaco-depresiva, generalmente precisa de este tipo de tratamiento. Los antidepresivos no son simplemente "píldoras euforizantes" o "pastillas para sentirse bien", estos fármacos hacen que la persona deprimida recupere su estado de ánimo normal, pero en absoluto mejoran el estado de ánimo de una persona que no está deprimida. A diferencia de lo que ocurre en los tranquilizantes los antidepresivos no son adictivos, no crean dependencia. Estos fármacos, sin embargo, tienen efectos secundarios adversos. La sequedad de

boca, la somnolencia y la visión borrosa son frecuentes con antidepresivos llamados tricíclicos. Otra clase de antidepresivos, los inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAOs exigen que quien los tome evite ciertos alimentos como el queso y el vino tinto. Un tercer tipo de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o ISRS pueden hacer que quien los tome se sienta inicialmente inquieto, con náuseas y un ligero malestar. El médico de cabecera recomendará el antidepresivo más adecuado para cada caso.

Todos los antidepresivos tardan de dos a seis semanas en empezar a funcionar adecuadamente. El sueño y el apetito de los pacientes suele mejorar antes de que el estado de ánimo se recupere. Durante este período en el que el humor todavía está bajo, el apoyo de la familia y de los amigos es especialmente importante, ya que el paciente puede llegar a desesperarse pensando que no mejorará. En esos momentos, debería acudir con regularidad al médico de cabecera o al psiquiatra, de forma que pueda resolver cualquier problema que se presente en la medicación. Incluso cuando empiece la mejoría es realmente importante que continúe tomando la medicación de la forma en que se ha pautado por el médico de cabecera o el psiquiatra. Si se suspende demasiado pronto el tratamiento aumentará la probabilidad de que reaparezca la depresión. La regla general es el mantener el tratamiento con antidepresivos hasta seis meses después de que la depresión haya mejorado.

Dentro de los antidepresivos más usados se encuentran el Trazadone, Triptanol y la Fluoxetina.

3.8.4.2. Fármacos antipsicóticos. Si se experimentan cambios de humor maníaco, el tratamiento recomendado son los fármacos antipsicóticos. Estos fármacos también han sido llamados tranquilizantes mayores ya que los antipsicóticos más antiguos (Clorpromazina, haloperidol) tienen este efecto sedativo. Estos fármacos también tienen otros efectos secundarios indeseables como la rigidez, los temblores, el vértigo y la sequedad de la boca. Sin embargo, algunos de los nuevos antipsicóticos (risperidona, sulpiride) pueden estabilizar el estado del ánimo del paciente sin la somnolencia u otros efectos secundarios indeseables de los fármacos más antiguos. Desde luego, que si el estado es ya de una gran excitación e inquietud, lo recomendable son fármacos antiguos que son más sedativos. Este tipo de fármacos suelen ser tomados por vía oral, aunque en aquellas situaciones en que el humor del paciente está muy elevado se hace necesario el tratamiento parenteral. En este grupo encontramos el Midazolam, Haloperidol y el Dormicom.

Una vez iniciado el tratamiento, los síntomas deben mejorar en el curso de unos pocos días, aunque suele ser necesario esperar unas semanas para que los antipsicóticos ejerzan un efecto completo.

Aunque puede resultar tentador para el paciente suspender el tratamiento antes de que el médico lo indique, bien por la presencia de los efectos secundarios o por que cree que ya no se necesita, lo cierto es que esto sería una gran imprudencia, sobre todo si se piensa en las posibles consecuencias catastróficas de un episodio maníaco. Lo que sí puede hacerse con respecto al tratamiento es

discutir sobre él con el médico y familiares una vez que se recupere. De esta forma se podrá decidir cómo ser tratado cuando se presente una posible recaída por la enfermedad.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se aplicó un estudio descriptivo, con el fin de estudiar los factores de riesgo de la enfermedad maníaco-depresiva y los cuidados de enfermería brindados a los pacientes con esta patología, de acuerdo a variables previamente establecidas.

4.2. POBLACIÓN

Para la determinación de la frecuencia y factores de riesgo de la enfermedad se estudiarón:

- Historia clínica de pacientes con enfermedad maníaco-depresiva que consultaron al HOMERIS durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del año 2002.
- La unidad de análisis utilizada fueron las historias clínicas de los pacientes que consultaron por Enfermedad Maníaco Depresiva.

- Se tomo una base total de 90 encuestas para establecer los cuidados de enfermería brindados a la población de pacientes maniaco depresivos y sus familias, aplicando 45 encuestas a pacientes y 45 a familiares.

4.3. DISEÑO DE MUESTRA

En el primer semestre del año 2003 consultó un total de 6.641 pacientes, consignados en la base de datos del Hospital Mental del Risaralda, de los cuales el 21% fueron diagnosticados con enfermedad maniaco depresiva.

Dado el número tan alto de consultantes y la limitación del tiempo disponible para la identificación de los factores de riesgo y los cuidados de enfermería en estos pacientes, no se trabajo con el 50% planteado inicialmente, sino con una muestra de 95 historias clínicas.

Para la selección de la muestra, se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple – M.A.S. - , apoyado por la tabla de números aleatorios generada por el programa EPI-INFO 2000 para Windows.

4.4. VARIABLES DE ESTUDIO

4.4.1. Factores de riesgo.

No	NOMBRE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	Sexo	Nominal	Hombre Mujer	1 2
2	Edad	Razón	Número de años	
3	Estado civil	Nominal	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Unión libre Separado	1 2 3 4 5
4	Intento de suicidio	Nominal	Sí No	1 2
5	Deseos de muerte	Nominal	Sí No	1 2
6	Tratamiento	Nominal	Continuo Intermitente Ausente	1 2 3
7	Antecedentes hereditarios	Nominal	1o. Consanguinidad 2o. Consanguinidad 3o. Consanguinidad Ausente No se sabe	1 2 3 4 5
8	Conflictos familiares	Nominal	Sí No Alguna vez	1 2 3
9	Consumo de sustancias psicoactivas	Nominal	Sí No No sabe	1 2 3
10	Tipo de sustancias	Nominal	Cocaína Marihuana Basuco Perica Éxtasis Otras Ninguna No se sabe	1 2 3 4 5 6 7 8

4.4.2. Cuidados de enfermería.

No	NOMBRE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	Explica rutina del hospital	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
2	Gestos de amabilidad	Nominal	Sí No Algunas veces	1 2 3
3	Solicita la familia	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
4	Proporciona iluminación adecuada de las habitaciones	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
5	Explica efectos adversos y contraindicaciones de medicamentos	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
6	Explica tiempo de efectividad del medicamento	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
7	Hace comentarios de otros pacientes	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
8	Brinda confianza y seguridad	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
9	Los medicamentos alteran el sueño	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3
10	Explica patología y manejo	Nominal	Si No Algunas veces	1 2 3

4.5. FUENTES DE DATOS

Se utilizaron varias fuentes de información de acuerdo con los objetivos de la investigación, así:

- Primer objetivo: Se realizó a través de la base de datos en el programa Excel del HOMERIS, que contiene todas las consultas realizadas en el primer semestre del año 2002.
- Segundo objetivo: Con base en las historias clínicas se obtuvo la información sobre factores de riesgo que se condensarán en un formulario diseñado para tal fin (ver Anexo A).
- Tercer y Cuarto objetivo: Con base en la encuesta realizada. Este instrumento contiene las preguntas como una guía para los investigadores, pero serán formuladas al paciente de forma tal que sean entendibles para él y se pueda obtener la respuesta referente al cuidado de enfermería que se quiere captar (ver Anexo B).

4.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La unificación de criterios entre los investigadores se realizó al inicio de la investigación y cada quince días se hizo una revisión de datos con el fin de detectar y corregir inconsistencias. Esta revisión se realizó en la biblioteca de la Universidad Libre sede Belmonte, la cual cuenta con un área amplia, silenciosa y cómoda acorde con las necesidades.

Se aplicarán dos encuestas, una dirigida a los pacientes (Anexo A) y otra a los familiares (Anexo B). La información se obtuvo de los pacientes que se

encontrabán hospitalizados y de los familiares que realizaban la respectiva visita; para los pacientes que habían sido dado de alta, se realizó contacto telefonico, tanto a estos como a sus familiares para recopilar los datos .

4.7. CONTROL DE SESGOS

En la recolección de los datos sobre el cuidado de enfermería brindado en el HOMERIS se presentaron errores en el instrumento tales como preguntas mal formuladas o ausentes, información innecesaria, etc. Para la detección y control de dichos errores se utilizó una prueba piloto que se aplicó a un número de 15 pacientes y 15 familiares.

Los datos relacionados con los factores de riesgo, se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes; al iniciar la identificación de estos factores, se encontró que muchas variables de este instrumento no estaban diligenciadas, por lo cual se hizo necesario descartar varias historias clínicas, y algunas variables.

4.8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos recopilados de las historias clínicas y lo correspondiente a las encuestas aplicadas, tanto a pacientes como a familiares para identificar los cuidados de enfermería fueron digitados en el programa EPI-INFO versión 2000

para Windows. Luego de esto, se procedió a realizar el análisis cuantitativo de la información, apoyado en el método descriptivo, y los correspondientes gráficos y tablas.

El control de calidad del dato y de la información se realizó a través del establecimiento de listas de opciones codificadas previamente, se utilizó rangos de valores, estableciendo un valor mínimo y uno máximo para las variables cuantitativas como la edad, y valores legales para las variables cualitativas como estado civil, herencia, entre otros, las cuales son descritas y relacionadas en los apartados No 4.4.1. y 4.4.2. donde se discriminan las variables contempladas en el objeto de estudio.

Para garantizar la calidad del dato, se realizó además una selección aleatoria de los registros para verificar su correcta digitación, comparando éstos con el registro manual y así establecer la frecuencia de los errores.

El procesamiento de la información corresponde a un análisis univariado para todas las variables, posteriormente con un análisis bivariado donde se relacionan variables como sexo, edad, estado civil, etc, y la enfermedad maniaco-depresiva, mediante las tablas de contingencia, pruebas de Chi cuadrado, con el fin de establecer la significancia de las relaciones.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según la O.M.S. salud, «no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social».

Es bien conocido que en la mayor parte de las enfermedades (psíquicas y orgánicas), están presentes diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales (ver figura 1).

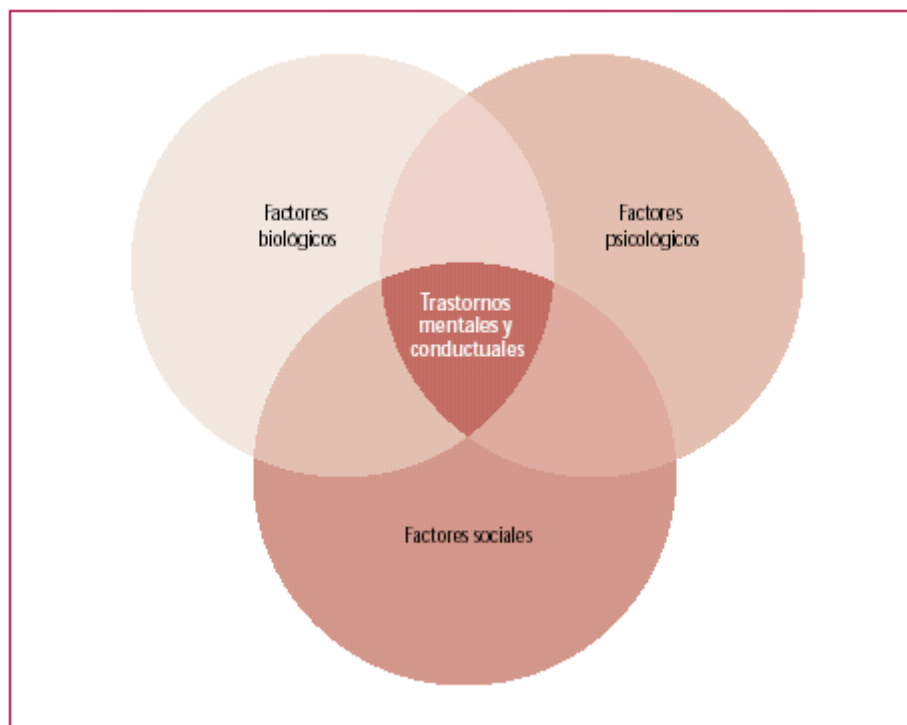


Figura 1. Esquema de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son

componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes, pero en la mayoría de los países no se le da a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física, por el contrario son objeto de indiferencia o abandono.

Una de cada cuatro personas, o un 25% de los individuos, desarrollan uno o más trastornos mentales o conductuales en algún momento de la vida, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

En la actualidad mas o menos 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, y tan solo un pequeño porcentaje recibe tratamiento necesario; ésto aunado al hecho que en los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con este tipo de patología se les deja que afronten como puedan sus cargas personales.

Fenómenos poblacionales y sociales como el envejecimiento de la población, el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social, son factores que determinan el aumento del número de afectados. Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales, lo cual supone un costo enorme en cuanto al sufrimiento humano, discapacidad y las respectivas pérdidas económicas generadas por dicha enfermedad.

Según informe presentado en la 55^a asamblea mundial de la salud, de fecha 11 de abril de 2002, 121 millones de personas sufren de depresión y la carga que

representan las enfermedades depresivas está aumentando. A nivel mundial, la prevalencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios, son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión; a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800.000 personas. Los jóvenes son los que corren mayor riesgo ya que mucho más de la mitad de los casos de suicidio corresponden a este grupo.

En este informe también se expone el impacto económico de esta patología en términos de reducción de la productividad de las personas que las padecen, de sus familiares o de quienes cuidan de ellas, tanto en el hogar como en el lugar del trabajo. Estos altos costos en la atención y la pérdida de productividad afectan gravemente a las familias generando pobreza o su detrimento económico. No es menos preocupante la repercusión económica en los países; en los Estados Unidos, los costos anuales de las enfermedades mentales absorben el 2,5%, aproximadamente, del producto nacional bruto (es decir, US\$ 148 000 millones). En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte el costo total estimado es de £ 32 000 millones. La reducción de la capacidad de trabajo y las pérdidas de productividad conexas representan el 45%, aproximadamente, de estos costos.

A pesar de que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo, los países destinan en su presupuesto

para salud mental menos del 1% del gasto total en salud. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existen los programas respectivos. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes, además es frecuente, que los planes y/o programas de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, generando importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias, aumentando el problema y dándole continuidad al sufrimiento de estos.

Los años de vida ajustados en función de la discapacidad – AVAD (puede considerarse como un año de vida perdida), es una variable que permite medir la carga de morbilidad, en cuanto a la perdida de la salud, la cual combina la información relativa a la muerte prematura, la correspondiente a la discapacidad y otros problemas de salud no mortales.

El trastorno depresivo unipolar representa una carga enorme para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de AVAD y es la causa principal de APD (Años de vida Perdidos por Discapacidad): 11,9% del total de APD. Estas estimaciones demuestran claramente el altísimo nivel de carga atribuible hoy día a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será

superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad.

En resumen, la depresión es un trastorno mental frecuente, responsable de una altísima carga de morbilidad, y se prevé que mantendrá una tendencia ascendente durante los próximos 20 años.

Según la información suministrada por el proyecto ATLAS (Sistema de Coordinación de la Información sobre las Tendencias del Abuso de Sustancias Tóxicas) donde se presenta información correspondiente a salud mental para el año 2001, los sistemas de vigilancia de salud mental son instrumentos importantes para evaluar la situación general de la salud mental en un país. Sin embargo el 27% de los países no cuenta con un sistema de notificación en lo correspondiente a este componente, y en el 44% no se recogen datos, ni se llevan a cabo estudios epidemiológicos, este sería el caso de Colombia. También en este aspecto los países con bajos ingresos se quedan atrás.

5.1. FACTORES DE RIESGO

Los resultados obtenidos en el presente estudio, aportan las siguientes consideraciones:

5.1.1. Sexo. En la investigación realizada se encontró que el 60% es decir 57 personas pertenecían al sexo femenino, y el 40% equivalente a 38 personas, eran hombres (ver figura 2). En las mujeres fueron más frecuente los episodios de depresión, y en casi todos los estudios se ha demostrado una mayor prevalencia en una proporción comprendida entre 1,5:1 y 2:1. Se han observado resultados similares no sólo en países desarrollados, sino también en cierto número de países en desarrollo (Patel et al. 1999; Pearson 1995).

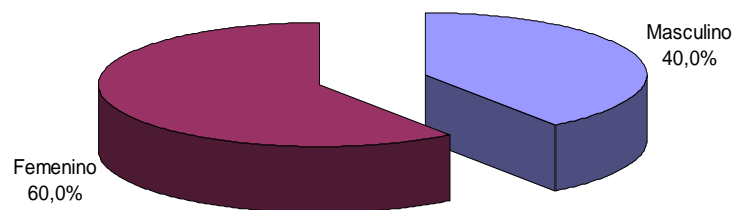


Figura 2. Distribución por genero.

Es interesante señalar que las diferencias entre las tasas de depresión de la población masculina y la femenina guardan una estrecha relación con la edad; las diferencias son máximas en la vida adulta, no existen en la infancia y son escasas en los ancianos.

Existen muchas explicaciones de la prevalencia mayor de los trastornos de

depresión en la población femenina, entre ellos los factores genéticos, o cuando menos biológicos, como se puede observar a partir de la estrecha relación temporal entre la mayor prevalencia y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que esto conlleva, las variaciones del estado de ánimo asociadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio, las cuales se encuentran adecuadamente documentadas. De hecho, la depresión que aparece en los meses siguientes al parto, puede ser el comienzo de un trastorno depresivo recurrente.

Otro posible factor, es la probabilidad de que la población femenina se vea sometida a factores con un mayor grado de estrés (tanto reales como subjetivos), derivado del papel tradicional de las mujeres (responsabilidades en la crianza, formación y educación de sus hijos, obligaciones derivadas del cuidado de su hogar, entre otras) en las sociedades, lo cual las hace más propensas a estar sujetas a tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante por lo rutinario de estas actividades.

Otra posible explicación es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas. La violencia doméstica está presente en todas los países del mundo, y las mujeres son las principales víctimas. En una revisión de estudios realizados por la O.M.S. en el año 1997 se constató que la prevalencia de la violencia doméstica a lo largo de la vida está entre el 16% y el 50%. También la violencia sexual es frecuente; se ha estimado que una de cada cinco mujeres sufre una violación o un intento de violación a lo largo de su vida. Estos sucesos

traumáticos tienen consecuencias psicológicas, y una de las más frecuentes es la manifestación de la depresión.

5.1.2. Edad. La enfermedad Maníaco – Depresiva se presentó en este estudio con mayor frecuencia en la población adulta (20 - 44 años) con un total de 52 casos, correspondientes al 54.7% (figura 3); el rango de aparición de la enfermedad estuvo entre los siete (7) y los 75 años, con una media de treinta y seis (36) años y una desviación estándar de 14. De los 52, 30 fueron mujeres y 22 hombres.

La edad es factor determinante de los trastornos mentales. La prevalencia de algunos trastornos tiende a aumentar con la edad. Entre ellos predomina la depresión, frecuente en la población anciana: los estudios indican que entre el 8% y el 20% de estas personas son atendidas en la comunidad, y el 37% de las atendidas en el nivel primario padecen depresión. En un estudio reciente basado en una muestra comunitaria de personas mayores de 65 años se registró una tasa de depresión del 11,2% (Newman et al. 1998).

Según las estadísticas mundiales el grupo de 15 a 44 años, presenta como segunda causa de carga de la enfermedad, la depresión, y es responsable del 8,3% de los AVAD perdidos.

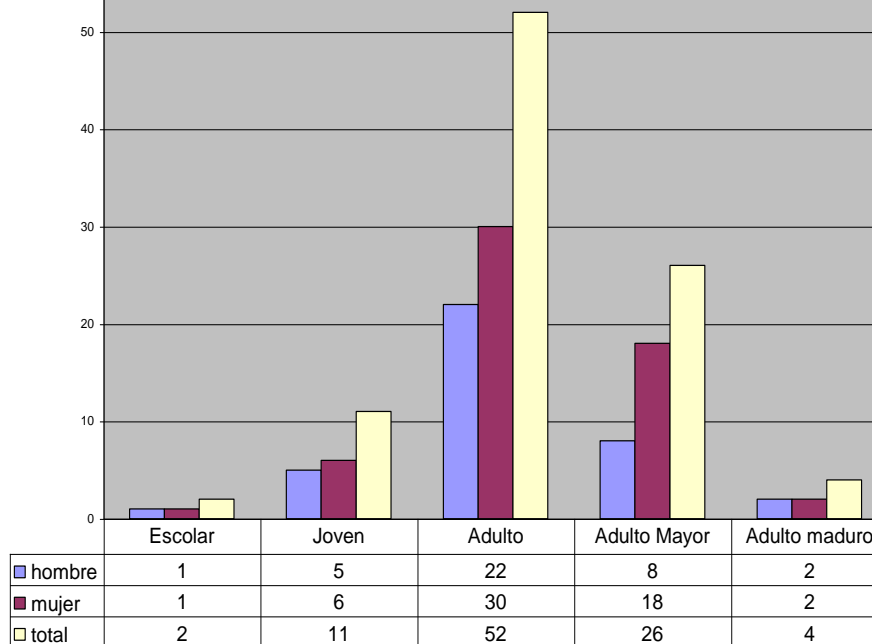


Figura 3. Grupos etáreos.

La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Lewinsohn et al. 1993). Es casi siempre un trastorno episódico y recurrente; cada episodio suele durar entre unos meses y unos años, con un periodo de normalidad entre ellos. Sin embargo, aproximadamente en el 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica sin remisiones (Thornicroft y Sartorius 1993), sobre todo cuando no se dispone de un tratamiento apropiado.

La tasa de recurrencia en los pacientes que se recuperan del primer episodio es del 35% en los dos años siguientes y el 60% a los 12 años. La tasa de recurrencia es mayor en pacientes mayores de 45 años.

5.1.3. Estado civil. Los resultados de la investigación muestran que el 51.6% de los pacientes, 49 eran solteros, seguido por los casados con un 20%, Unión libre con 14.7%, separados y los viudos con un 9.5% y un 4.2% respectivamente (figura 4). Hay que tener en cuenta que el estado civil no se puede catalogar como un factor de riesgo decisivo ya que es de considerar lo siguiente:

- El hecho de que padecer la enfermedad Maniaco – Depresiva, puede ser que los imposibilite para establecer relaciones sentimentales adecuadas y/o encontrar una pareja estable, o, que esta misma enfermedad los lleve a alejarse del mundo.

Se presenta el hecho del abandono de responsabilidades inherentes al desempeño de sus funciones sociales; este aislamiento se ve además caracterizado por el abandono de las amistades y/o la distorsión en el sentido del concepto relacional.

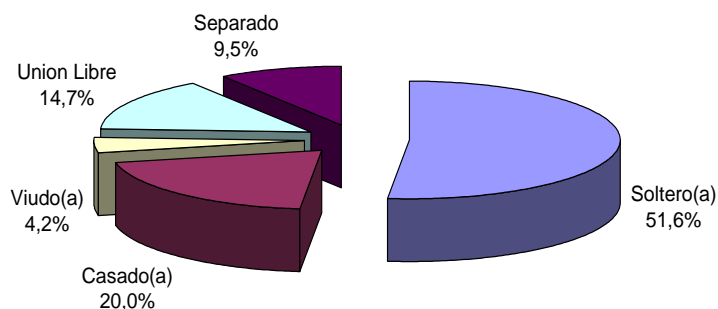


Figura 4. Estado civil.

5.1.4. Intento suicida y deseo de muerte. El suicidio es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy día un problema muy importante de salud pública. Considerando la media de 53 países para los que se dispone de datos completos, la tasa de suicidio normalizada para la edad era de 15,1 por 100 000 en 1996. Por sexos, era de 24,0 por 100 000 para la población masculina y de 6,8 por 100 000 para la femenina. En casi todo el mundo la tasa de suicidio es mayor entre los varones, según una proporción acumulada de 3,5 a 1.

Al analizar la información correspondiente a intento de suicidio y deseo de muerte, como efecto presente en las personas con esta enfermedad, se encontró que un alto porcentaje de la población estudiada no presentó intento de suicidio o deseo de muerte con porcentajes del 83.2% y 60% respectivamente (figura 5).

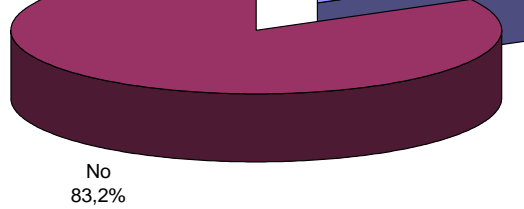


Figura 5. Pacientes con intento de suicidio.

No hay que dejar de lado el porcentaje de pacientes, que aun que menor presentaron intento de suicidio, con un 16.8%, y deseo de morir, con un 40% (figura 6). Es importante tener en cuenta que este factor puede haber estado condicionado por circunstancias como:

- Que el paciente niegue ésto, pero que en alguna etapa de su enfermedad, si lo haya experimentado.
- Al momento de iniciar el tratamiento la enfermedad estaba muy avanzada.
- El desconocimiento por parte de la familia de este hecho principal en el caso del deseo de muerte.

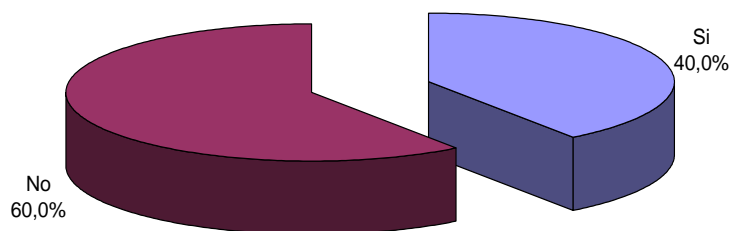


Figura 6. Pacientes con deseo de muerte.

Uno de los desenlaces especialmente trágicos del trastorno depresivo es el suicidio. Entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos lo consuman (Goodwin y Jamison 1990). El suicidio sigue siendo uno de los desenlaces frecuentes y evitables de la depresión.

En los últimos 30 años, las tasas de suicidio parecen haber permanecido bastante estables en los 39 países que disponen de datos completos sobre el periodo 1970-1996, pero las actuales tasas acumuladas ocultan importantes diferencias en lo tocante a la distribución por sexos, grupos de edad o zona geográfica, así como a las tendencias a más largo plazo.

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes. Es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años. Esto representa para la sociedad una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de su vida. Sólo algunos países disponen de datos sobre intentos de suicidio; indican que el número de intentos de suicidio puede ser hasta 20 veces superior al número de suicidios consumados. Las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814.000 defunciones en el año 2000. Sería necesario indagar a través de futuras investigaciones que tanto de este suicidio corresponde a enfermedad de tipo mental o Maníaco – Depresiva.

5.1.5. Conflictos familiares. En lo pertinente a conflictos familiares, se puede

apreciar que en el 47.5% de los pacientes (38), han ocurrido conflictos de tipo familiar y en el 16.3% (13), se han presentado alguna vez (figura 7). Este factor desencadena en el paciente la sintomatología de la enfermedad Maníaco – Depresiva. Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades, por ello es de tener en cuenta que:

- **Las dificultades** familiares se hayan presentado antes que la enfermedad. Los estudios indican que todos los acontecimientos significativos de la vida actúan como factores estresantes y que, al sucederse de forma rápida, predisponen al individuo a los trastornos mentales o problemas en su conducta. El efecto no se limita a dichos trastornos: también se ha demostrado su asociación con ciertas enfermedades físicas, como el infarto de miocardio. La aparición, evolución y pronóstico de la enfermedad esta relacionada con diversos factores sociales. Durante su vida, las personas atraviesan por una serie de acontecimientos significativos, tanto menores como de gran importancia. Pueden ser, además, favorables (como un ascenso laboral) o adversos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido, problemas en el entorno familiar, o la quiebra de un negocio). Se ha constatado la acumulación de acontecimientos vitales inmediatamente antes de la aparición de trastornos mentales y de la conducta (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987). Son los acontecimientos adversos los que predominan antes de la aparición o la recidiva de los trastornos depresivos.

- **Que la manifestación** de la enfermedad genere dichos conflictos. Según estudios realizados por la O.M.S. en el año 1997, el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento desencadena una serie de sucesos como problemas económicos, reacciones emocionales a la enfermedad, el estrés de sobrellevar un comportamiento alterado, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales. Es muy frecuente que la familia se haga cargo de los gastos derivados del tratamiento, ya sea porque no se dispone de un seguro médico o porque éste no cubre dichas patologías.

Además de la carga económica, deben tenerse en cuenta las oportunidades perdidas. Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental realizan adaptaciones como las de dedicar gran parte de su tiempo para asistir a su familiar, y ciertas concesiones que afectan a los demás miembros, impidiendo que estos desarrollen todo su potencial en el ámbito laboral, sociales y del ocio (Gallagher y Mechanic 1996). Éstos sucesos son difíciles evaluarlos y cuantificarlos, pero son importantes.

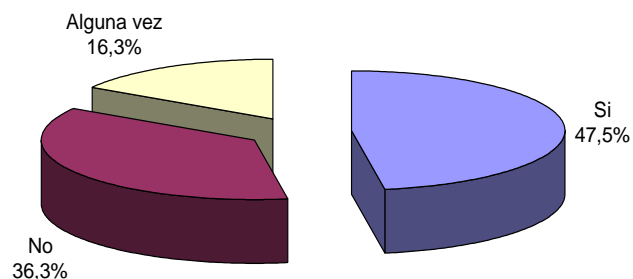


Figura 7. Ocurrencia de problemas familiares.

5.1.6. Grado de consanguinidad. El 55.8% de los pacientes (53), tenían familiares que habían presentado la enfermedad Maníaco – Depresiva, 36.8% (35) pacientes según las historias clínicas, la enfermedad estaba o había estado presente en familiares de primer grado de consanguinidad, el 15.8% (15 pacientes), manifiestan que la enfermedad estaba o ha estado presente en familiares de segundo grado de consanguinidad, y en el 3.2%, se ha manifestado en familiares de tercer grado de consanguinidad (figura 8).

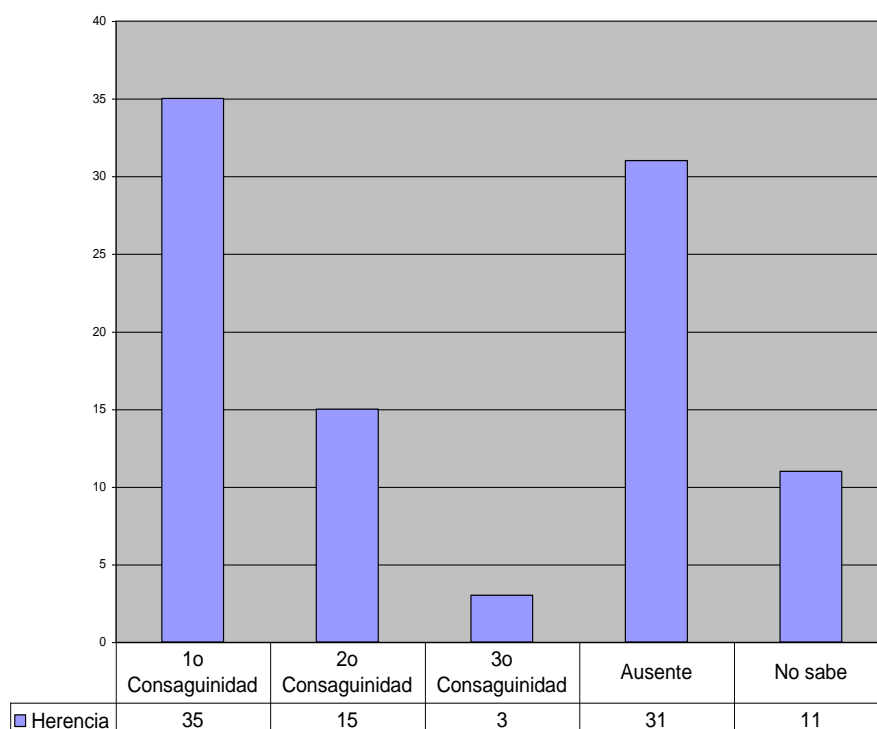


Figura 8. Grado de consanguinidad da familiares que presentan EMD

Diversos estudios realizados, postulan que existe transmisión genética de la enfermedad y muestran que los familiares con primer grado de consanguinidad presentan de igual forma dicha patología. La posibilidad de enfermar se hace más alta a medida que el grado de consanguinidad sea mas cercano.

Los estudios revelan que si un paciente padece de un trastorno afectivo mayor, sus padres tiene entre el 1.8% al 14.5% de probabilidad de tener la enfermedad, los hijos del 6.1% al 14.4% y los hermanos del 2.7% al 18.8%, mientras que este mismo riesgo, en la población general es del 0.8% aproximadamente.

5.1.7. Consumo de sustancias psicoactivas y tipo de sustancias. Se consideran sustancias psicoactivas el alcohol, opioides como el opio o la heroína, cannabinoides como la marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles. Aunque el uso de sustancias psicoactivas (y los trastornos asociados) varía de unas regiones a otras, el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas en el mundo en conjunto, y las que entrañan consecuencias más graves para la salud pública.

El 84.2% (80 pacientes), expreso no consumir sustancias psicoactivas y en el 2.1%, (2), no se supo acerca de su consumo (figura 9). Es de considerar que los pacientes nieguen su consumo o que la persona que suministra los datos, desconozca esto.

El tipo de sustancias psicoactivas consumidas por el 13.7%, que corresponde a 13

pacientes, se relacionan en la gráfica No. 10.

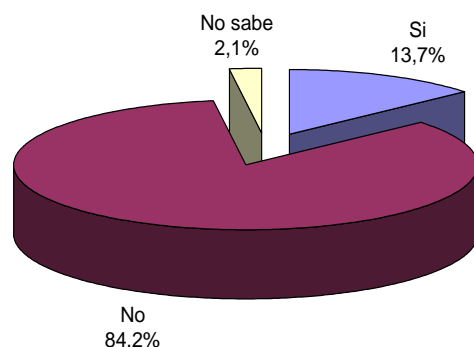


Figura 9. Consumo de sustancias psicoactivas

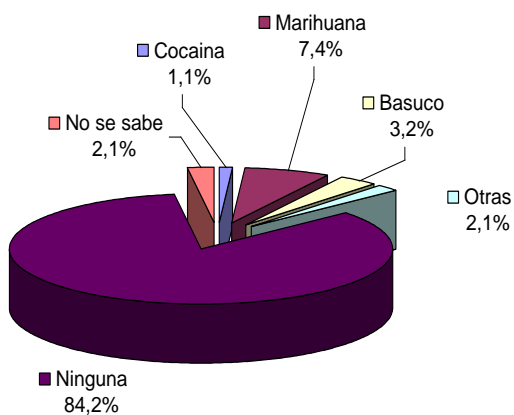


Figura 10. Tipo de sustancias psicoactivas.

El consumo de tabaco es sumamente frecuente. En su mayor parte se realiza en forma de cigarrillos.

5.1.8. Tipo de tratamiento. Se puede observar que la mayoría de la población no lleva el tratamiento de forma continua, sino que esta es de forma no continua, como se ve reflejado en el 55.8% (53) de los pacientes, solo el 41.1%, es decir treinta y nueve (39) pacientes, realizan su tratamiento de forma continua (figura 11).

El tratamiento de primera línea para la mayoría de las personas con depresión consiste hoy día en medicación antidepresiva o psicoterapia, o en una combinación de ambas cosas.

Para obtener resultados adecuados en el tratamiento de la fase aguda, a través de medicamentos antidepresivos o psicoterapia, este debe ser continuo en un período no mínimo a seis (6) meses, en los que se ve al paciente una o dos veces al mes. El objetivo de la continuidad es prevenir las recaídas, cuya tasa puede así reducirse de un 40%-60% a un 10%-20%. El objetivo final es la remisión completa y la recuperación subsiguiente. Hay indicios, aunque débiles, de que la recaída es menos frecuente después de un tratamiento exitoso con terapia cognitivo-conductual que con antidepresivos (figura 12.).

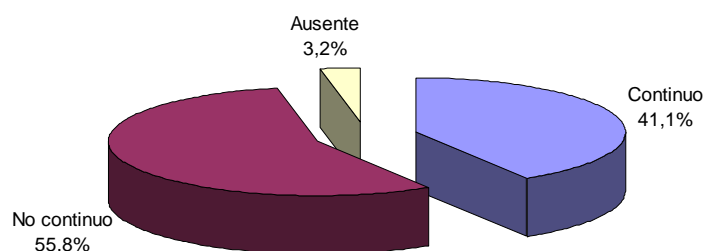


Figura 11. Continuidad en el tratamiento.

Intervención	% de remisión al cabo de 3-8 meses
Placebo	27
Tricíclicos	48-52
Psicoterapia (cognitiva o interpersonal)	48-60

Fuentes:

Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-262.

Schulberg HC et al. (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:112-118.

Figura 12. Tratamientos exitosos.

La fase llamada de farmacoterapia de mantenimiento se orienta a prevenir la reaparición de trastornos del estado de ánimo en el futuro, y se suele recomendar para quien tengan un historial de tres o más episodios depresivos, depresión crónica o síntomas persistentes de depresión. Esta fase puede prolongarse durante años, y normalmente requiere visitas mensuales o trimestrales.

Algunas personas prefieren la psicoterapia o el apoyo psicológico a la medicación como tratamiento de la depresión. Veinte años de investigación han acreditado que varias formas de psicoterapia de duración limitada son tan eficaces como los medicamentos para las depresiones leves o moderadas. Esas terapias específicas de la depresión comprenden la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal, y hacen hincapié en la colaboración activa y la educación del paciente. Hay buen número de estudios, referentes al Afganistán, los Estados Unidos, la India, los Países Bajos, el Pakistán, el Reino Unido, Sri Lanka y Suecia, que demuestran que es posible capacitar a los médicos

generales para dispensar este tipo de atención, y que esa alternativa es costo - beneficio (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al. 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al. 2000; Bower et al. 2000).

En los países industrializados, sólo una minoría de las personas que padecen depresión solicitan o reciben tratamiento. Parte de la explicación reside en los propios síntomas.

Algunas de las medidas necesarias para garantizar la continuidad son:

- Establecer dispensarios especiales para grupos de pacientes con el mismo diagnóstico o los mismos problemas;
- Capacitar a los cuidadores;
- Disponer que un mismo equipo de tratamiento atienda a los pacientes y sus familias;
- Impartir educación en grupo a los pacientes y sus familias;
- Descentralizar los servicios;
- Integrar la asistencia en la atención primaria de salud.

5.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los trastornos mentales y conductuales requieren para su manejo una combinación equilibrada de tres componentes fundamentales: medicación (o farmacoterapia), psicoterapia y rehabilitación psicosocial.

Para su manejo hay que ajustar adecuadamente la proporción de cada uno de esos componentes. Las cantidades varían en función del diagnóstico principal, de la existencia de otras enfermedades orgánicas y mentales, de la edad del paciente y del estadio en que se encuentre la enfermedad. Dicho de otro modo, el tratamiento debe adaptarse a las necesidades de cada caso, pero esas necesidades van cambiando a medida que evoluciona la enfermedad y varían las condiciones de vida del paciente (Figura 13).

En una intervención equilibrada estarán presente los siguientes principios:

- Cada intervención tiene una indicación específica conforme al diagnóstico, esto es, se debe emplear en determinadas condiciones clínicas.
- Cada intervención se debe emplear en una determinada dosis, esto es, el nivel de la intervención debe ser proporcionado a la gravedad de la afección.
- Cada intervención debe tener una duración determinada, esto es, debe prolongarse durante tanto tiempo como requieran la naturaleza y la gravedad de la afección, y debe cesar tan pronto como sea posible.
- Cada intervención debe ser sometida a vigilancia periódica para comprobar la adhesión y los resultados esperados, así como cualquier efecto adverso.
- El receptor de la intervención debe ser siempre parte activa en esa vigilancia.

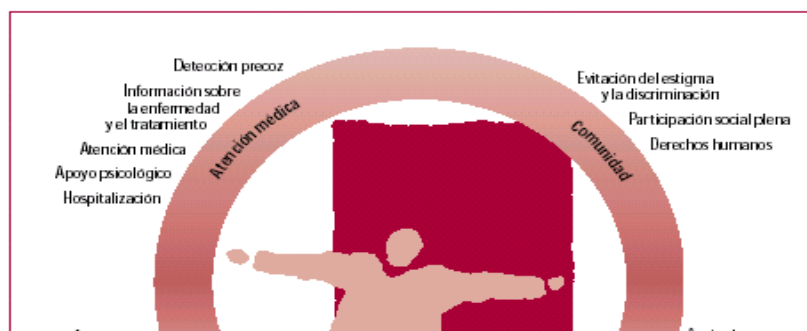


Figura 13. Componentes en la atención del usuario.

El manejo eficaz de los trastornos mentales y conductuales incluye un seguimiento atento de la adhesión al tratamiento. Algunos trastornos mentales son afecciones crónicas, y por lo tanto requieren que el régimen de tratamiento se extienda a toda la vida adulta. Es más difícil cumplir un tratamiento largo que un tratamiento corto.

La situación se complica más porque, según se ha comprobado, la existencia de un trastorno mental o conductual se suele acompañar de un grado deficiente de cumplimiento de los regímenes terapéuticos.

Se han hecho muchas investigaciones sobre los factores que mejoran el cumplimiento del tratamiento. Entre ellos están:

- Una relación de confianza entre el médico y el paciente;
- La dedicación de tiempo y energía a instruir al paciente sobre los objetivos de la terapia y las consecuencias de una buena o mala adhesión;
- Un plan de tratamiento negociado;

- La colaboración de familiares y amigos en apoyo del plan terapéutico y su puesta en práctica;
- La simplificación del régimen de tratamiento;
- La reducción de los efectos adversos del régimen de tratamiento.

De acuerdo a la ley 266 de 1996, el proposito general del profesional de Enfermería es el de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Para ello su práctica se fundamenta en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Frente a cada paciente se buscará realizar dentro de la óptica de su profesión todas las actividades encaminadas a salvaguardar su vida o a mejorar las condiciones de salud del mismo, actuando de manera coordinada con cada uno de los demás profesionales de la salud que intervienen en su tratamiento.

En ese sentido el desarrollo de su actividad, deberá encaminar todos sus esfuerzos, dentro de los parámetros de la lex artis, esto es, los postulados que son establecidos por la enfermería como ciencia del conocimiento científico, en aras de dar la mejor atención a los pacientes.

De acuerdo con el artículo 29 de la ley 266 de 1996, son deberes del profesional de la enfermería los siguientes:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en la ley, para lo cual deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.

Esta obligación se concentra en lo que denominamos el cumplimiento del deber objetivo de cuidado. Entendido éste como la obligación de actuar con el paciente dentro de los parámetros de la lex artis, con una idoneidad profesional, que garantice que el paciente no va a ser sometido a riesgos que pongan en peligro su salud o su vida.

Este deber objetivo de cuidado se divide en dos Interno y Externo.

a. Deber Objetivo de Cuidado Interno. Implica la valoración de las propias condiciones del profesional de la enfermería, para determinar si puede actuar adecuadamente frente a su paciente.

En ese sentido, deberá estar preparado frente a cada uno de los procedimientos que deba realizar, por ejemplo si se ha ordenado por el médico el suministro de algún medicamento, que deba ser preparado por la enfermera, ésta deberá tener los conocimientos adecuados que así se requieran.

Igualmente se deben valorar las condiciones del paciente, para garantizar que pueda ser sometido a un determinado procedimiento. Al respecto el profesional de enfermería deberá preparar al paciente cuando se le va a someter a un determinado procedimiento que se deba realizar.

b. Deber objetivo de cuidado externo. Este se refiere a que en desarrollo del respectivo procedimiento deberá actuarse frente al paciente con todo el profesionalismo del caso. Al respecto la ley en su artículo 20 numeral 5 señala como obligación la siguiente:

“Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente ley y sus reglamentos y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad”

Ese deber objetivo de cuidado externo tiene algunos aspectos que deberán ser tenidos en cuenta:

- 1- No someter al paciente a riesgos innecesarios. Esto ocurre cuando en desarrollo de su actividad el profesional de enfermería desborda el marco de la lex artis y actúa de manera negligente o imprudente, lo que se traduce en resultados lesivos.

Los códigos de ética médica y deontológica en ese sentido traen una obligación

que igualmente es aplicable a la enfermera y que hace referencia a que como profesionales de la salud, se deberá dedicar el tiempo necesario para atender a su paciente.

Sería un caso claro de violación a ese deber objetivo de cuidado, el no estar valorando de manera permanente al paciente, a pesar de tratarse de un enfermo de patología delicada que así lo exigía, porque si bien es cierto el médico igualmente tiene esta responsabilidad, no por ello el profesional de enfermería puede pasar por encima de esto y no estar atento a su paciente.

2- Velar por que se brinde atención profesional con calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.

Como profesionales de la salud, quienes además juraron actuar en aras de proteger la vida del paciente, no pueden supeditar razones de tipo político, religioso, étnico, o cualquier otra, por encima del derecho a la vida y a la salud de su paciente.

3- Orientar su actuación conforme a lo establecidos en la presente ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

El orientar su actuación conforme a estos postulados, es la principal garantía para que en el ejercicio de la profesión no se produzcan errores que se traduzcan en daños para la salud o la vida de los pacientes.

- 4- Orientar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución. Esta obligación recae en quienes ostentan la calidad de enfermeras jefes en las diferentes instituciones hospitalarias, por ser ellas las que coordinan y controlan este departamento, señalando pautas de trabajo y velando para que se preste el servicio sin ninguna clase de alteración, en otras palabras, es a ellas a quienes les corresponde dirigir, controlar y evaluar la prestación del servicio, aunque, creemos que todos los profesionales de esta área deben estar atentos a que quienes ejercen con ellos esta actividad lo hagan de manera adecuada en aras de realizar un mejor servicio.

- 5- Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la ley y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad, es decir, debe existir un servicio de calidad.

En la presente investigación se aplicaron 90 encuestas, 45 a paciente con EMD y 45 a sus familiares, con el fin de estudiar los cuidados básicos de enfermería. Dentro de los aspectos esenciales, identificados como críticos, que deben estar

presentes en todo cuidado de atención del paciente con enfermedad Maníaco – Depresiva se encontraron los siguientes que se relacionan y se describen a continuación:

5.2.1. Comentarios. Tanto los pacientes como los familiares, con un 84.4% y un 93.3% respectivamente, coinciden en que no escuchan comentarios por parte del personal de enfermería (figura 14), lo anterior permite observar, que se guarda el secreto profesional y se tiene la ética, a este respecto; esto también contribuye a que se generen lazos de confianza entre los pacientes y el personal de salud.

Es de especial atención que el personal de salud, está obligado a guardar el secreto profesional, así como está consagrado en el artículo 11 de la ley 23 de 1981, que expresa “ La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas”.

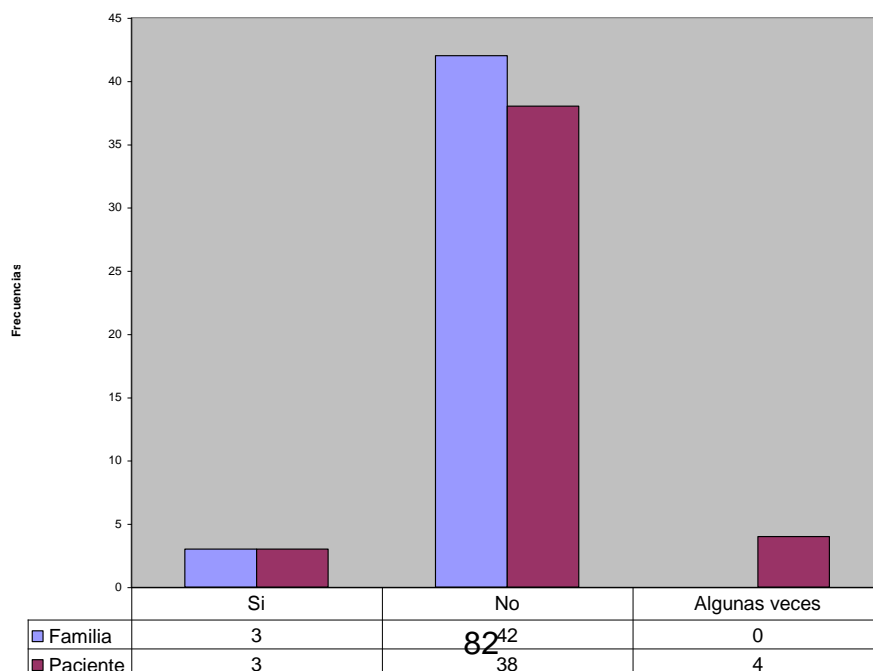


Figura 14. Ha escuchado comentarios del estado de otros pacientes.

En el Artículo 37 de la misma ley dice: “Entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido.”

Así mismo, el Artículo 39 expresa : “El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional”.

5.2.2. Efectividad y tiempo de efecto de los medicamentos. El 75.5% de los familiares y el 68.8% de los pacientes entrevistados, dicen haber recibido información por parte de los profesionales en salud de los cuales reciben cuidado y/o tratamiento acerca de la efectividad y el tiempo de efecto de los medicamentos (figura 15).

Es necesario explicar a la familia y al paciente que los antidepresivos y/o antipsicóticos no tienen efecto inmediato, y que por el contrario deben pasar de dos (2) a seis (6) semanas, para notar plenamente sus beneficios.

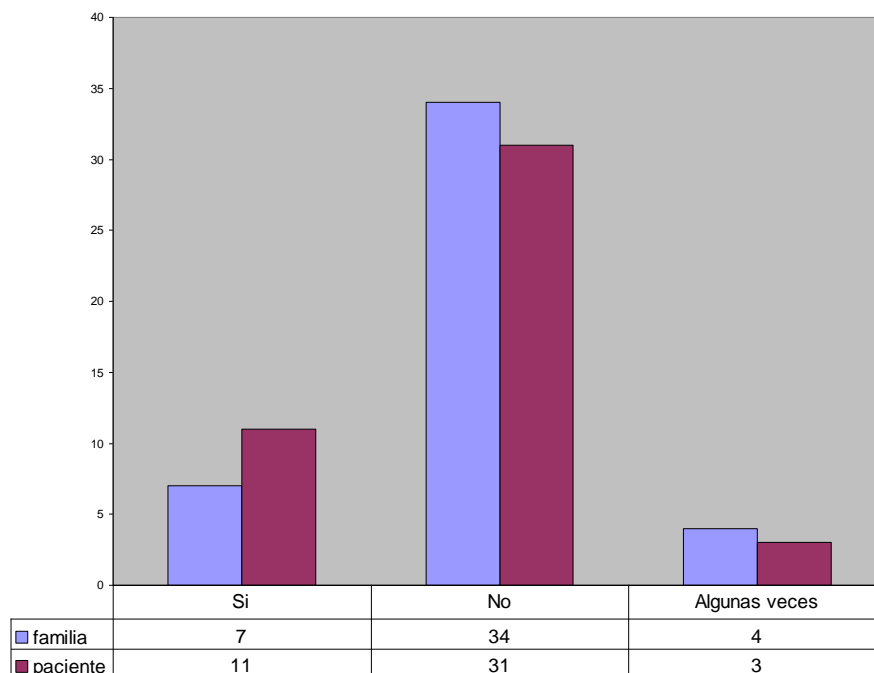


Figura 15. Explicación sobre la efectividad de los medicamentos.

Lo anterior es de vital importancia debido a que si al paciente no se le brinda la información correspondiente sobre el tiempo en el que podrá ver resultados, y consecuentemente la mejora de su estado de salud, este posiblemente abandonará su tratamiento.

Los medicamentos antidepresivos son eficaces en todos los episodios de depresión mayor. En los episodios de depresión leve, la tasa de respuesta global se sitúa en torno al 70%. En los episodios de depresión mayor la tasa de respuesta global es inferior, y la medicación es más eficaz que el placebo.

Se ha demostrado que los antidepresivos antiguos (tricíclicos), los llamados ADT, son tan eficaces como los modernos y más baratos: el costo de los ADT viene a ser de US\$ 2-3 al mes en muchos países en desarrollo. Los nuevos antidepresivos constituyen un tratamiento eficaz para los episodios de depresión mayor, tienen menos efectos y son mejor aceptados por los pacientes, pero su disponibilidad sigue siendo limitada en muchos países en desarrollo. Estos medicamentos pueden ser ventajosos para los pacientes de más edad.

La fase aguda requiere entre seis y ocho semanas de tratamiento a través de medicamentos, se recomienda durante este tiempo, ver al paciente una vez a la semana o cada dos semanas, con mayor frecuencia en las etapas iniciales, con el fin de vigilar los efectos secundarios, ajustar la dosis y dar apoyo.

Los datos disponibles indican que, los medicamentos psicotrópicos más modernos tienen menos efectos secundarios adversos, pero no son significativamente más eficaces, y suelen ser más caros. Sin embargo, el costo de adquisición considerablemente mayor de los medicamentos más recientes se compensa por una necesidad menor de otros tipos de asistencia y tratamiento.

Se estima que con los medicamentos antidepresivos disponibles actualmente se puede ayudar a 8 o 9 de cada diez pacientes con depresión. Las clases de medicamentos antidepresivos pueden diferenciarse también por su efectividad en individuos particulares. Es decir, una clase de medicamento puede trabajar

particularmente bien para una persona, mientras que para otra persona podría tener mejores resultados con otro medicamento de una clase diferente. Este es uno de los beneficios de tener disponibles diferentes clases de antidepresivos: si la primera clase de antidepresivos que se prueba no funciona, existe una excelente oportunidad de que una segunda o tercera clase de antidepresivos funcione.

5.2.3. Efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos. El 55.5% de los pacientes y el 46.6% de los familiares manifestaron que no reciben indicaciones por parte del personal encargado de su cuidado y/o tratamiento de los efectos adversos de los medicamentos recibidos (figura 16).

Es indispensable que tanto familiares como pacientes reciban información sobre los efectos secundarios causados por los medicamentos formulados, ya que si estos no conocen, dichos efectos, puede generar en el paciente sentimientos de temor, conllevando al abandono del tratamiento.

Al igual que cualquier medicamento, los antidepresivos tienen algunos efectos secundarios. Estos son el resultado de los efectos en los neurotransmisores y receptores que no están implicados en la causa de la enfermedad. A continuación

se presentan algunos de los efectos secundarios más comunes:

5.2.3.1. Sedación, aturdimiento y sensación de estar "medicado". La sedación es causada por el bloqueo de receptores de un agente químico llamado histamina. Muchos antidepresivos pueden causar este efecto secundario, pero es mucho más común con los antidepresivos tricíclicos que con los antidepresivos más nuevos, incluyendo los inhibidores de recaptación selectiva de serotonina, la venlafaxina (inhibidor de recaptación de serotonina / norepinefrina) y la nefazodona.

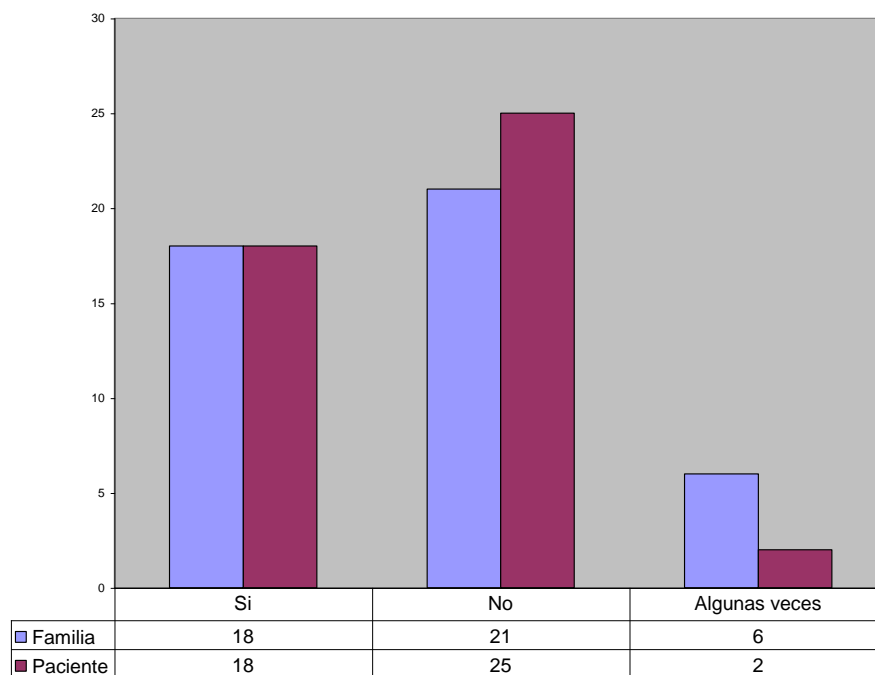


Figura 16. Explicación de los efectos adversos.

La sedación puede disminuir luego de las primeras semanas de tratamiento, de manera que las personas que sólo experimentan dificultades menores de este efecto secundario, probablemente deberán tratar de darse algo de tiempo antes de cambiar a otra dase de medicamento. Algunas personas encuentran que

también ayuda el tomar una sola dosis del medicamento al acostarse. El aturdimiento puede ser el resultado de hipotensión ortostática, una disminución abrupta de la presión arterial que ocurre al ponerse de pie. Este efecto secundario es común con los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de monoaminoxidasa. Puede ayudar el cambiar de posición lentamente (cuando se va a sentar si esta acostado y cuando se va a poner de pie si está sentado).

5.2.3.2. Resequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento y dificultad al orinar. Estos efectos se conocen como efectos anticolinérgicos, son resultado de un bloqueo de receptores de acetilcolina, otro neurotransmisor. Los efectos anticolinérgicos son comunes con los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de monoaminoxidasa, pero raramente ocurren con la nueva generación de antidepresivos.

5.2.3.3. Aumento de peso. Tanto los antidepresivos tricíclicos como los inhibidores de monoaminoxidasa pueden causar aumento de peso, mientras que la nueva generación de agentes generalmente no.

5.2.3.4. Disfunción sexual. Virtualmente, cualquier agente antidepresivo puede causar problemas sexuales, que en los hombres pueden incluir dificultad para

tener o mantener erecciones y dificultad para eyacular, y en las mujeres pueden incluir deseo sexual disminuido y dificultad para alcanzar orgasmos. Sin embargo, estos efectos secundarios son más comunes con los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de monoaminooxidasa y los inhibidores de recaptación selectiva de serotonina. Puesto que la depresión en sí puede causar disfunción sexual, el paciente y el proveedor de servicios de salud tienen que trabajar juntas para determinar si éste es un síntoma de la enfermedad o un efecto secundario del medicamento.

5.2.4. Explicaciones acerca de la patología y su manejo. En los últimos años se han producido cambios profundos en el esquema tradicional de la relación profesional de salud - enfermo, los cuales se exponen en los principios recogidos en la "Carta de los Derechos de los enfermos", aprobada por la Asociación Americana de Hospitales, en 1973. A partir de entonces, diversas asociaciones públicas y privadas, médicas, entre otras, de la mayoría de los países occidentales han desarrollado, sus propias declaraciones, conocidos como los código deontológicos o éticos.

Tal vez el cambio más significativo en todas ellas, es que se reconoce a los enfermos como agentes autónomos, tanto, en la asistencia médica, participando en sus propias decisiones. Tradicionalmente había sido el médico quien tomaba las decisiones y realizaba "lo que era mejor para el paciente", hoy, es éste quien

decide lo mejor para sí mismo. Esto es lo que se ha venido a denominar: el cambio de la "ética de la beneficencia" por la "ética de la autonomía".

Este cambio conlleva, y obliga a hacer explícitos, una serie de derechos de los enfermos: derecho a la información, derecho al consentimiento informado, que, junto a otros derechos también fundamentales, derecho a una asistencia integral, derecho a la confidencialidad, vienen recogidos en todas las declaraciones mencionadas.

Estos derechos son reconocidos por los códigos deontológicos de los diferentes países, incluido el colombiano (Ley 23 de 1981 de febrero 18, en el cual se declaran los principios que constituyen el fundamento esencial para el desarrollo de la Etica Médica y la ley 266 de 1996, en donde se establecen los principios generales para garantizar el ejercicio competente y ético de la profesión de enfermería), y expresados ya "como principios y reglas éticas que han de inspirar la conducta profesional del médico" y del profesional de enfermería.

Otro aspecto a destacar es que los derechos de los enfermos corresponden, no sólo con deberes por parte del profesional en salud (médico, psicólogo, psiquiatra, enfermero (a), etc.) sino también con las contraprestaciones de las correspondientes administraciones sanitarias y, en definitiva, del estado.

5.2.4.1. Derecho a la información. El derecho a la información es un requisito previo para la obtención del consentimiento informado. El código deontológico afirma que "los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas".

La Declaración de Hawai (1977) de la Asociación Mundial de Psiquiatría, expresa que "el psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su estado o del diagnóstico sugerido o de los tratamientos posibles, así como de las alternativas posibles. Debe igualmente informarle acerca del pronóstico. Esta información debe ser dada de una manera delicada y el paciente debe tener la posibilidad de elegir entre los diferentes modos de tratamiento susceptibles de serle aplicados".

Es decir, que la información facilitada por el médico debe ayudar al paciente a valorar los riesgos y beneficios de las diferentes posibilidades de actuación médica con el fin de que pueda decidirse por una u otra. En el caso de trastornos psiquiátricos en los que el paciente no sea consciente de su enfermedad o tenga limitada su capacidad de comprender la información y por lo tanto de decidir libremente, es a los familiares o representantes legales a quien se les debe facilitar dicha información. Así mismo es obligación del médico psiquiatra informar a los familiares de la posibilidad de un ingreso involuntario, tras la solicitud de la oportuna autorización judicial.

Especial hincapié sobre el derecho a la información hace el código deontológico

colombiano (ley 23 de 1981), en el caso de enfermedades graves. Así en su artículo 18, “Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuye a la solución de sus problemas espirituales o materiales”.

En el artículo 16, “La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados”.

Para los Profesionales de Enfermería, en la ley 266 de 1996, artículo 2, requisito 2, en uno de sus apartados ratifica la necesidad de informar a los paciente: “Los fundamentos educativos, pedagógicos y de comunicación para la salud, que le permitan llevar a cabo procesos de educación no formal, tendientes a mejorar las condiciones de vida y de salud de la comunidad, familia e individuos al asimilar papeles protagónicos y de direccionamiento de sus propias vidas y del autocuidado de la salud”.

5.2.4.2. Derecho al consentimiento informado. Este derecho, máximo exponente del nuevo modelo de relación médico - paciente basado en el reconocimiento de la autonomía del paciente, posibilita que éste exprese su voluntad de aceptar o de rechazar un tratamiento.

Siguiendo la definición del Manual de Etica del Colegio de Médicos Americano, tal como la recogen Simón et al., "el consentimiento informado consiste en la

explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada: la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominio sobre el paciente".

En esta definición se advierte la necesidad, previa al consentimiento informado, de la información con los requisitos mínimos a los que anteriormente nos hemos referido.

En cuanto al consentimiento informado, como derecho del paciente, respecto a la investigación, la Declaración de Hawai (artículo 9) expone que "... el consentimiento informado, sin embargo, debe ser obtenido antes de presentar un paciente en una clase de estudiantes, y si es posible, antes de publicar una observación psiquiátrica... En investigación clínica, igual que en terapéutica... Su participación debe ser voluntaria, después de una información completa, que le debe haber sido dada, de los fines, procedimientos, riesgos e inconvenientes del proyecto terapéutico... En el caso de menores y de otros pacientes, que no puedan ellos mismos dar el consentimiento, éste debe ser obtenido de un pariente próximo".

En la presente investigación, se observó que, el 57.7% de los pacientes, manifestaron, recibir explicaciones, por parte del personal en salud, acerca de su patología y de su manejo, mientras que el 51.1% de los familiares, manifestaron, no haber recibido, dichas explicaciones (figura 17).

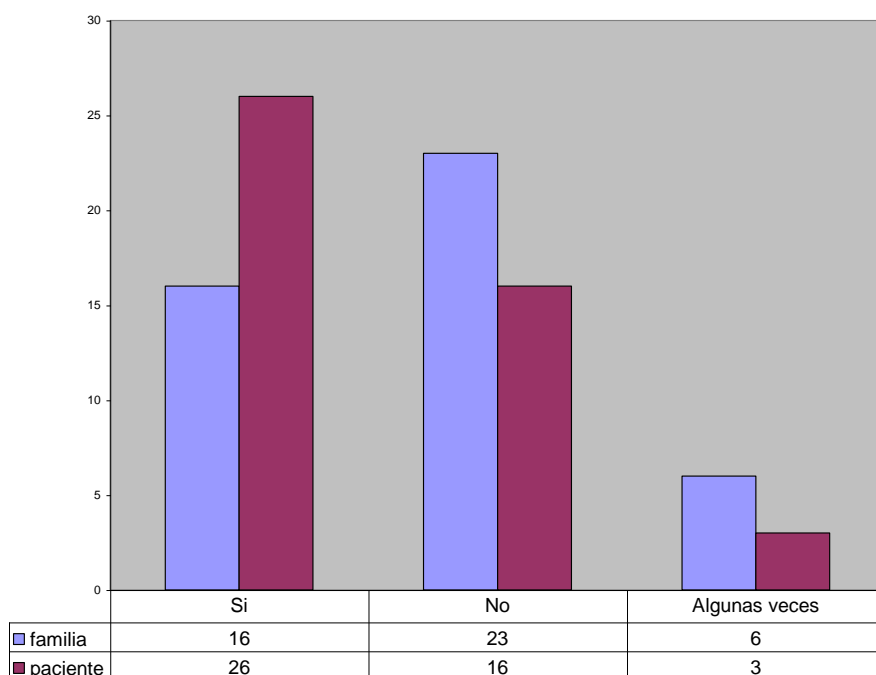


Figura 17. Recibe explicaciones sobre patología y su manejo.

Es preocupante este suceso, pues como puede observarse, se viola claramente los derechos del paciente (estar informados, y al consentimiento informado), además de ser esto un factor decisivo, para garantizar la aceptación y la colaboración del paciente del conocimiento de su patología y de su correspondiente manejo. Es necesario además, aclarar las dudas tanto al paciente como a su familia, sobre los aspectos relacionados con su enfermedad, y así evitar sentimientos de angustia, temor y rechazo.

Es importante aclarar que en muchas ocasiones los pacientes no cuentan con las condiciones mentales para asimilar esta información y por lo tanto es de vital importancia que se le brinde esta información a la familia.

5.2.5. Rutina del hospital. Tanto los pacientes (66.7%), como los familiares (62.2%), manifiestan que el personal de enfermería les explica de forma clara la rutina del hospital (figura 18).

Es importante que tanto el paciente como la familia conozcan estas rutinas, para que intenten adaptarse, al cambio, y se pueda minimizar cualquier molestia, inconveniente, y/o malos entendidos, y que por su desconocimiento se pueda generar un ambiente estresante para el paciente.

Es necesario recalcar que el personal de salud, ingresará frecuentemente en la noche, a la habitación esto con el fin de evitar cualquier tipo de sobresalto en el paciente.

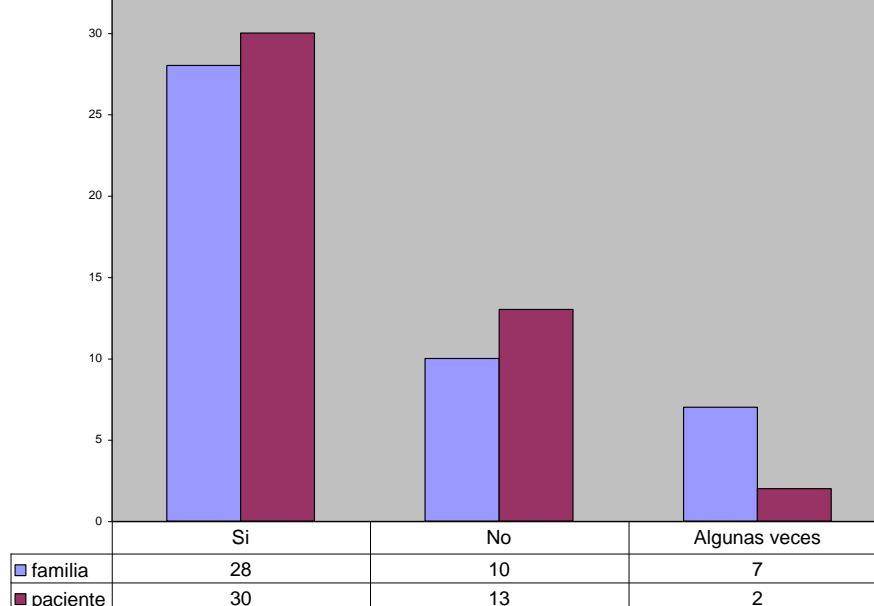


Figura 18. Se explica la rutina del hospital.

5.2.6. Gestos de amabilidad. La psicoterapia utiliza intervenciones planificadas y estructuradas, para influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción del paciente, a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos ni biológicos.

La terapia de apoyo, probablemente la forma más sencilla de psicoterapia, se basa en la relación profesional en salud - paciente. Otros componentes importantes de esta técnica son la tranquilización, el esclarecimiento, la abreacción, el asesoramiento, la sugestión y la enseñanza. Algunos ven en esta modalidad de tratamiento el fundamento esencial de una buena atención clínica, y sugieren que se incluya como componente intrínseco en los programas de formación de todo el personal con responsabilidades clínicas.

Varios tipos de psicoterapia, particularmente las intervenciones cognitivo-

conductuales y la terapia interpersonal, son eficaces en el tratamiento de las fobias, la dependencia de las drogas y del alcohol y síntomas psicóticos tales como las delusiones y las alucinaciones. También ayudan a que los pacientes deprimidos aprendan a mejorar sus estrategias de afrontamiento y a reducir la angustia sintomática.

Un descubrimiento reiterado de las investigaciones es que las intervenciones psicológicas conducen a una mayor satisfacción y conformidad con el tratamiento, que a su vez puede contribuir notablemente a reducir las tasas de recaída, la hospitalización y el desempleo.

En el presente estudio, se encontró que en el 86.6% de los familiares, y el 95.5% de los pacientes, recibían gestos de amabilidad por parte del personal de enfermería (figura 19), lo que favorece un adecuado ambiente interno hospitalario, que permite reducir la hiperactividad, la ansiedad, y la agitación. También se establece comunicación y la construcción de relaciones de confianza entre el personal de salud, la familia y el paciente.

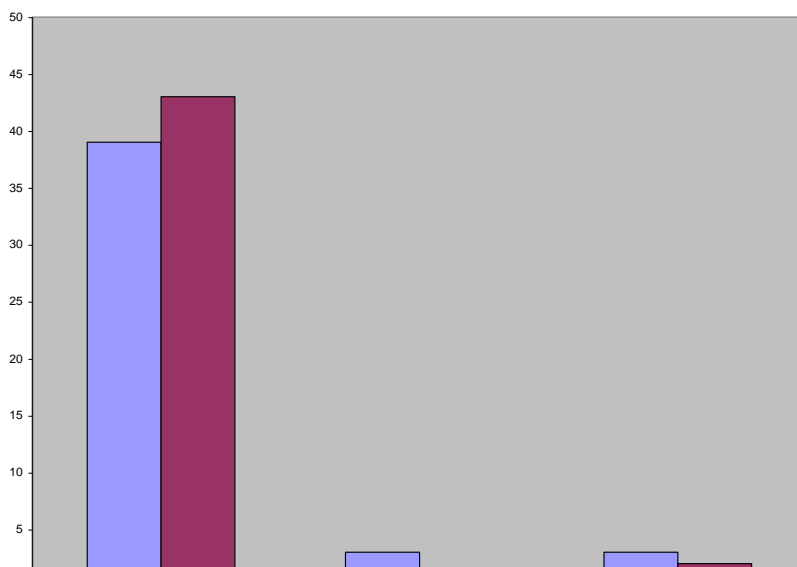


Figura 19. Recibe gestos de amabilidad por parte del personal en salud.

5.2.7. Solicitan a la familia en casos necesarios. Hasta hace relativamente poco tiempo, se ha reconocido la función positiva de las familias en los programas de salud mental. El papel de la familia se extiende ahora, más allá de la asistencia cotidiana, a la promoción de los intereses de los enfermos mentales. Dicha promoción ha sido determinante para modificar la legislación relativa a la salud mental en algunos países y mejorar los servicios y desarrollar redes de apoyo en otros.

Hay pruebas sólidas que demuestran la conveniencia de involucrar a las familias en el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, el retraso mental, la depresión, la dependencia del alcohol y los trastornos conductuales en la infancia.. Hay indicios de que se obtienen mejores resultados con los pacientes que viven con sus familias que con los internados en instituciones. Sin embargo, muchos estudios internacionales han puesto de manifiesto una fuerte relación entre las actitudes de intensa «emoción expresada» en los familiares y una mayor tasa de recaídas de los pacientes que conviven con ellos. Cambiando el clima emocional del hogar se puede reducir la tasa de recaídas (Leff & Gamble 1995; Dixon et al. 2000).

El trabajo de cooperación con las familias para reducir las recaídas se ha visto siempre no como un sustituto, sino como un complemento de la medicación de mantenimiento.

De hecho, está demostrado que la terapia familiar añadida a la medicación antipsicótica es más eficaz que la medicación por sí sola para prevenir las recaídas en la esquizofrenia. Un metaanálisis llevado a cabo por la Cochrane Collaboration (Pharaoh et al. 2000) ha revelado que las tasas de recaídas se reducen en promedio a la mitad en periodos de uno y dos años. Subsiste el interrogante, sin embargo, de si equipos clínicos ordinarios podrían reproducir los llamativos resultados de los grupos de investigadores pioneros que han llevado a cabo esos ensayos, casi siempre en países desarrollados.

En los países en desarrollo la familia suele participar en el tratamiento del paciente psiquiátrico, tanto si el tratamiento es dispensado por curanderos tradicionales como si procede de servicios biomédicos.

La creación de redes de familias a nivel local y nacional ha propiciado la colaboración de los cuidadores con los profesionales. Muchas redes, además de suministrar ayuda mutua, han acometido tareas de promoción, educación del público en general, solicitud de mayor apoyo por parte de las autoridades públicas y lucha contra la estigmatización y la discriminación.

En el presente estudio se encontró que el personal de enfermería, solicita a la familia (68.9% y 62.3%), según lo informado por la familia y el paciente respectivo, cuando se producen situaciones especiales que lo merezcan (figura 20).

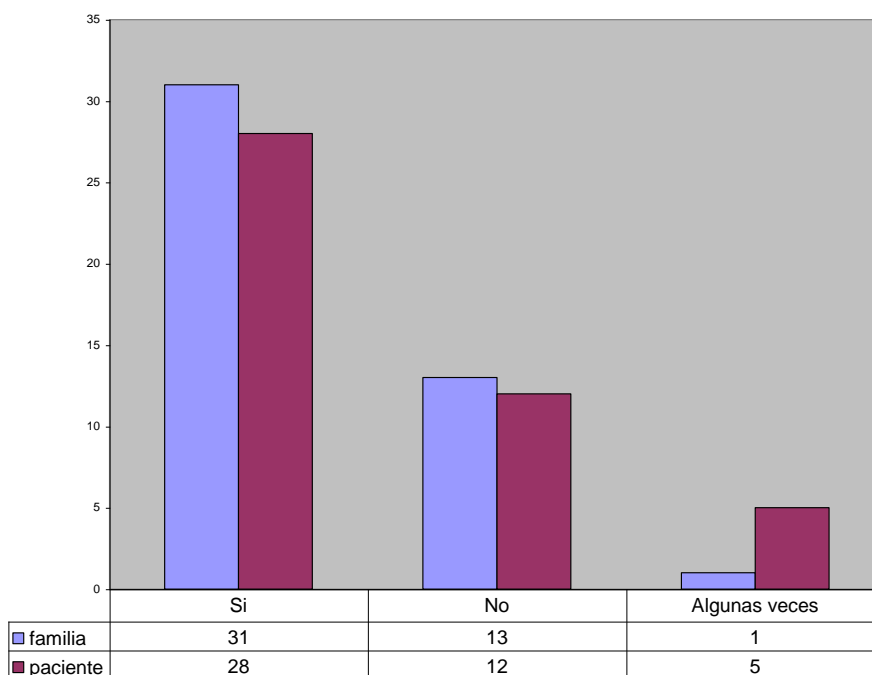


Figura 20. El personal solicita a la familia.

En momentos de agitación o en episodios de depresión importante, se hace necesario la presencia de un familiar o un miembro de su familia, para llevar al paciente al estado emocional normal. No hay que olvidar que hay situaciones en las cuales hay que evitar la presencia de personas, hacia los cuales, el paciente demuestre una susceptibilidad especial.

La función de la (el) enfermera (o), es la de buscar el bienestar psicológico y físico del paciente, por lo tanto debe velar porque el usuario, no se sienta solo y por que este no se sienta abandonado.

5.2.8. Confianza para comentar temores y/o preocupaciones. El sentirse despreciable, abrumado por sentimientos de culpa y carente de motivación hace que la persona no busque ayuda. Además, es poco probable que en esa situación aprecie los beneficios potenciales del tratamiento.

La relación profesional de salud – paciente, se debe caracterizar por una estructuración interpersonal asimétrica de dependencia y una finalidad de ayuda, de servicio técnico - asistencial; y conlleva, además de las actitudes propias de cualquier relación interpersonal, la solidaridad con el semejante, con el próximo, y asimétrica, el altruismo que no espera contraprestación, otras especialmente significativas, la confianza y el respeto mutuos, que derivan de la trascendencia de los valores, la salud y la propia intimidad, que se ponen en juego en la relación y que sobrepasan las exigencias, insuficientemente operativas, de un mero contrato de asistencia técnica.

Durante la entrevista médica y el proceso de atención, se produce una rica trama relacional entre el profesional de salud y paciente que es importante conocer y manejar en pro de la eficacia terapéutica. Se trata de todo un "sistema de fuerzas" que condiciona la relación, y que constituye lo que se conoce por dinámica de la relación. Así se han identificado una serie de fenómenos -transferencia, contratransferencia, empatía, dependientes tanto de las características de la relación como secundariamente de las personalidades, actitudes y creencias, del profesional en salud y del paciente. La mayoría de ellos fueron originalmente

elaborados por el psicoanálisis y posteriormente asumidos, algunos tras un proceso de reconceptualización, por las diferentes escuelas, de forma que hoy día forman parte del acervo común de la psicoterapia y de la relación profesional - paciente.

Un primer fenómeno que destaca por su importancia en la dinámica de la relación Profesional – paciente, es el de la empatía o conocimiento intuitivo del sentido de los sentimientos, emociones y conducta de otra persona. Supone una sintonía con las vivencias del paciente, la capacidad para ponerse en su lugar, para adoptar sus puntos de referencia y comprender objetivamente sus sentimientos y sus conductas.

La empatía se caracteriza por ser un proceso activo, que tiene como finalidad conocer la situación de una persona a través de traducir sus palabras y gestos a un significado experiencial equiparable. Es una de las cualidades más importantes que debe tener un profesional de salud. Cuando un profesional en salud empatiza con un enfermo aumenta la confianza y esperanza de éste en el terapeuta, mejorando por tanto la relación.

Un fenómeno relacionado con la empatía es el de la simpatía que podría definirse como la capacidad natural y espontánea de la persona para empatizar en la relación social. Supone un compartir con otra persona sentimientos, ideas y experiencias, por lo que al contrario que la empatía, la simpatía no es objetiva.

5.2.8.1. Transferencia. La noción de transferencia fue enunciada por Freud, como la reactualización focalizada de un conflicto psíquico infantil que, por estar reprimido, escapa a la verbalización y por tanto a la consciencia del paciente. Se trata por lo tanto de un fenómeno inconsciente en el que los sentimientos, las actitudes y los deseos originalmente ligados a importantes figuras de los primeros años de la vida, son proyectados en otras personas, n este caso en el profesional en salud, que representan a aquellas en el momento actual. Con todo, la manifestación transferencial no es una repetición literal de experiencias previas, sino una representación simbólica de las mismas.

La figura del profesional en salud, como otras connotaciones parentales, acogedoras y dadoras de cuidados, es fácilmente evocadora del fenómeno transferencial. La revelación de datos íntimos por parte del paciente, que el profesional escucha como si de un padre o un amigo íntimo se tratara, puede suscitar en el paciente actitudes y modalidades de relación aprendidas durante la infancia.

En la práctica ocurre lo que en todo primer encuentro entre dos personas que todavía no se conocen. Como no tienen datos sobre los que organizar la interacción, la percepción del otro se configura mediante un proceso de realce o destaque del conjunto de impresiones indiferenciadas en un intento de "llenar", "organizar", "configurar" y destacar o corporeizar sectores del campo fenoménico. Para ello acuden a sus experiencias anteriores, no precisamente conflictivas. Sólo

así pueden sentirse relativamente seguros y orientados. ya que solamente la percepción posibilita la adopción de una postura o una actitud ante la situación.

La situación de dependencia y la necesidad de ayuda del paciente, favorece la proyección en el profesional, de las añoranzas e ideales arquetípicos de hombre, mujer, madre protectora, padre autoritario, amigo etc., de forma que la relación se configura según tales proyecciones, más que sobre la auténtica personalidad del profesional. Detrás de estos grandes estereotipos sociales el enfermo lo que busca es, frecuentemente, una imagen ideal a la medida de su necesidad de consuelo, ayuda, seguridad y protección.

Por otra parte, tanto la transferencia como el resto de falsas representaciones de la realidad interpersonal pueden ser positivas o negativas, según que los afectos desplazados, o las generalizaciones y proyecciones realizadas, sean de un signo u otro. Si la transferencia es positiva el profesional en salud, pasa a ser una figura amable, simpática, digna de respeto, confianza, admiración, y demás sentimientos positivos que, en principio, favorecen los efectos terapéuticos de la relación. Si la transferencia es negativa el profesional pasa a ser una figura malévola, antipática, no fiable, indigna, autoritaria y despótica, que hacen conflictiva, antiterapéutica o incluso imposible la relación, "como el enfermo imaginaba".

Como la base de ambos fenómenos es la misma, el sentido de la transferencia puede cambiar de signo en el curso del tratamiento, de forma que una fe ciega en el profesional en salud, capaz de suspender temporalmente la manifestación

funcional o incluso lesional de un trastorno, puede transformarse, a continuación y sin un motivo aparente, en sentimientos negativos de desilusión y desencanto por parte del paciente, que hagan ineficaces hasta los efectos más biológicos de un tratamiento.

5.2.8.2. Contratransferencia. Por contratransferencia se entiende la distorsión de la relación terapéutica producida por el profesional. Esta noción, introducida también por Freud en la literatura clínica, hace referencia, en términos psicoanalíticos, tanto a "todo aquello que, por parte de la personalidad del analista, puede intervenir en la cura" como "a los procesos inconscientes que el analizado provoca en el analista" .

En la actualidad, el concepto ha sido, como el de transferencia, asumido también por casi todas las escuelas, y en él se incluyen el conjunto de efectos que las necesidades y conflictos de un terapeuta tienen sobre su capacidad para atender y comprender al paciente, así como las dificultades que presenta para abordar con efectividad aquellas conductas y mensajes del paciente que activan sus propios conflictos.

Tienen, igualmente, efectos antiterapéuticos, si no son tenidas en cuenta y controladas. Asimismo, la contratransferencia también puede ser positiva o negativa y tanto un tipo como otro puede crear.

Una cierta reacción afectiva a la personalidad del paciente, edad, sexo, situación social, presentación, comportamiento, y a su adecuación al papel de enfermo, del enfermo ideal, del "buen" enfermo y del "mal" enfermo, que el profesional tiene, es inevitable. Así, el profesional en salud, puede experimentar al paciente de muchas maneras. A veces se le hace pesado y otras veces interesante, provocador, seductor, hostil, lastimero, sumiso o dominante. Igualmente el profesional, puede sentirse compasivo y encolerizado, molesto, perplejo, acogedor o frustrado. Son sentimientos que no deben ser ignorados sino utilizados para comprender la relación interpersonal y aprender más del paciente y lo que es igualmente importante, de uno mismo.

Del desconocimiento de estos procesos, vinculados a ansiedades fundamentales del paciente y del profesional, pueden surgir, al margen de la capacitación profesional y técnica, actitudes terapéuticas poco eficaces o incluso contraproducentes. Por ello el clínico debe tener mínimamente aclarados los conflictos personales, con el fin de que los mismos, no interfieran en exceso en la marcha de la relación y en la captación de los significados de la misma; es decir, se requiere un adecuado manejo de la transferencia, de la contratransferencia y de los fenómenos similares, para que exista la objetividad suficiente e imprescindible para cualquier observación clínica.

Como puede observarse es de vital importancia generar, un clima personal adecuado, con el fin de contribuir, a la adecuada evolución del paciente,

generando en este, lazos de confianza y afianzando la empatía, tanto por parte del paciente como por el profesional.

En el presente estudio, se encontró que el 73.4% de los pacientes y los familiares, han sentido que el profesional de enfermería, les ha brindado la confianza necesaria para comentar sus temores y preocupaciones, contribuyendo con esto a su tratamiento (figura 21).

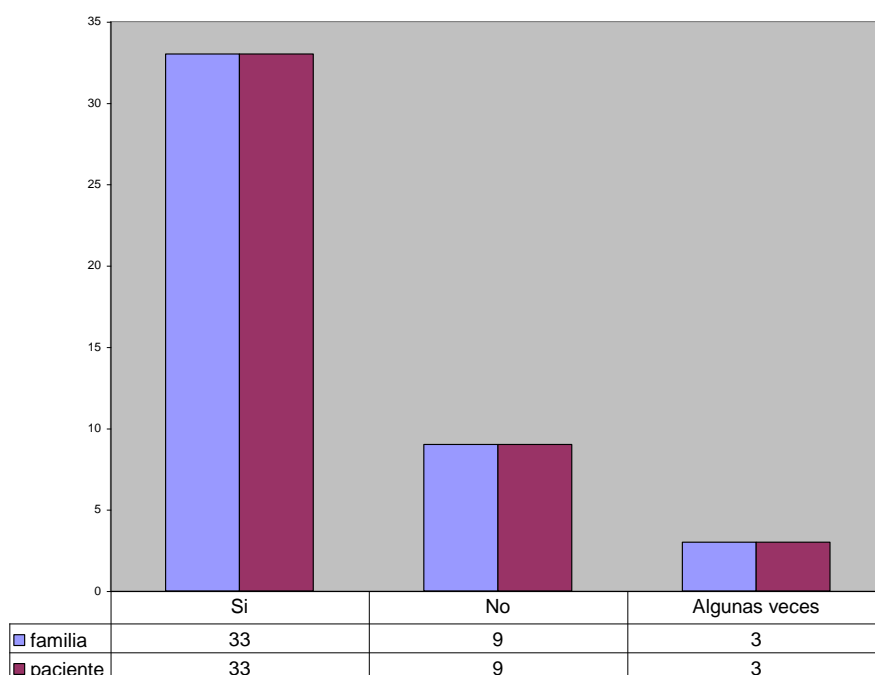


Figura 21. Confianza para comentar temores y preocupaciones.

5.2.9. Iluminación. La adecuada iluminación en las habitaciones de los pacientes, contribuye a reducir factores de estrés en ellos. Se hace necesario, que sobre todo en las noches, las habitaciones se mantengan iluminadas, para evitar

posibles episodios de alucinación y/o que se generen miedos y temores pues como es bien sabido, los profesionales de salud, están ingresando constantemente a las habitaciones, con el fin de supervisar y/o administrar medicamentos al paciente.

El 86.7% de los pacientes expresó, que las habitaciones cuentan con una iluminación adecuada (figura 22).

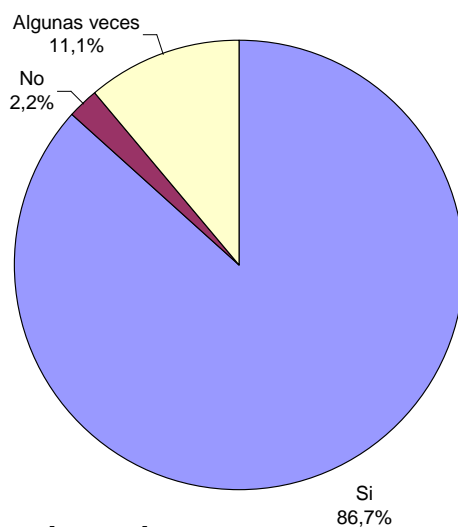


Figura 22. Iluminación adecuada

5.2.10. Cambios en el patrón de sueño. En el presente estudio se observó, que el 80% de los pacientes habían experimentado cambios en su patrón de sueño (figura 23), lo anterior, es un factor de riesgo, debido a que puede exponer, a los pacientes Maníaco – Depresivos, a situaciones de estrés, lo cual no contribuye a su evolución.

El insomnio es la dificultad crónica y persistente para:

1. Conciliar el sueño (insomnio inicial).
2. Permanecer dormido durante la noche (insomnio medio) ó
3. para continuar durmiendo hacia la parte final de la noche (insomnio terminal).

Todos estos tipos de insomnio pueden ocasionar somnolencia diurna, baja concentración, e incapacidad para sentirse fresco y renovado en las horas de la mañana.

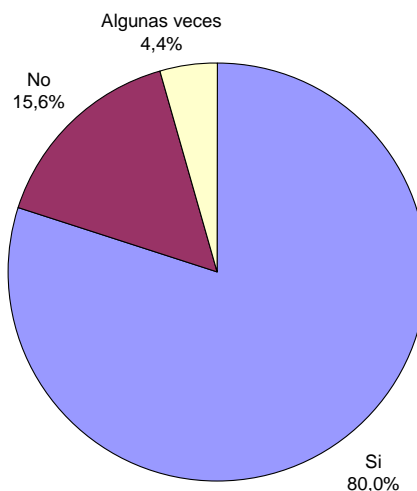


Figura 23. Cambios en el patrón de sueño

El insomnio en sí mismo no es una enfermedad, sin embargo es un problema ocasional para más de 70 millones de estadounidenses. Anualmente, se invierten 98 millones de dólares en ayudas de venta libre para conciliar el sueño y otros 50 millones en tabletas de cafeína para permanecer despierto durante el día.

Por su puesto, todas las personas tienen noches de desvelo ocasionalmente y para la mayoría de ellas esto no es algo preocupante. Sin embargo, el 25% de los estadounidenses informan sobre problemas ocasionales para conciliar el sueño y el insomnio es un problema crónico para aproximadamente el 10% de la población. En estos casos, las personas son incapaces de desempeñarse en sus actividades diarias, ya sea porque están demasiado cansadas o porque tienen problemas para concentrarse debido a la falta del descanso gratificante que se logra con el sueño.

La mejor forma de medir la cantidad de sueño que se necesita es saber cómo se siente el individuo. Si se despierta sintiéndose renovado es porque está durmiendo lo suficiente. Para algunas personas este bienestar se logra durmiendo sólo 4 horas, mientras que otras puede necesitar hasta 10 horas de sueño para poder sentirse renovado.

El uso de sedantes de acción duradera o en altas dosis para curar el insomnio puede incrementar la somnolencia durante el día con el paso del tiempo, empeorando el problema en vez de mejorarlo. El uso de antihistamínicos (el ingrediente principal en las píldoras de venta libre) para curar el insomnio, puede también originar dificultades similares y, si se administran de manera crónica, pueden llegar a ocasionar un deterioro de la memoria de tipo reversible.

En la mayoría de las personas, los problemas de insomnio son generalmente ocasionados por los malos hábitos para dormir y casi nunca por una enfermedad letal. Sin embargo, si se están presentando dificultades para conciliar el sueño, es necesario someterse a una evaluación de los niveles de depresión, ya que el insomnio es un síntoma clave de este trastorno.

El insomnio puede provocar una reducción en los niveles de energía, irritabilidad, desorientación, ojeras, cambios en la postura y fatiga.

Los antidepresivos pueden usualmente ayudar no sólo a mejorar los trastornos del sueño, sino también los de depresión, no son medicamentos de los que se pueda abusar y no hacen sentir la necesidad de incrementar la dosis, como sucede con muchos de los medicamentos que se prescriben para los trastornos del sueño.

Las pesadillas y los sueños que interfieren con el sueño pueden también responder bien a las intervenciones psicológicas.

5.2.10.1. Causas comunes.

- Jet lag (alteración del ritmo circadiano)
- Trabajos por turnos
- Alteraciones en el patrón de sueño y de la vigilia

- Angustia
- Depresión o depresión grave
- Preocupaciones
- Ansiedad o estrés
- Alegría o excitación
- La cama o el cuarto no favorece el dormir
- Nicotina, alcohol, cafeína, alimentos o estimulantes a la hora de acostarse
- Envejecimiento
- Dormir demasiado durante el día
- Exceso de estimulación física o intelectual a la hora de acostarse
- Hiperfuncionamiento de la tiroides (hipertiroidismo)
- Administración de un nuevo medicamento (efectos secundarios de un medicamento)
- Exposición inadecuada a la luz brillante durante las horas en las que se está despierto
- Cese abrupto de un medicamento (como las píldoras para dormir)
- Medicamentos o "drogas callejeras" ilícitas (por ejemplo, exceso de hormona de reemplazo de la tiroides, anfetaminas, bebidas que contienen cafeína, cocaína, efedrina, fenilpropanolamina y los derivados de la teofilina)
- Suspensión de medicamentos (como sedantes o hipnóticos)
- Interferencia con el sueño a causa de diversas enfermedades como el agrandamiento de la próstata (hombres), cistitis (mujeres), EPOC, dolor por

artritis, acidez y problemas cardíacos o pulmonares

- Síndrome de la pierna inquieta

Para curar el insomnio se deben agotar todas las opciones posibles antes de acudir a los medicamentos.

La enfermera (o) profesional, por ser el profesional que pasa mayor tiempo con el paciente es la (el) encargada (o) de educar a este sobre:

- Recomendar adoptar buenos hábitos de higiene del sueño y evitar el consumo del alcohol en la noche. El consumo de cafeína debe suspenderse por lo menos 8 horas antes de acostarse e igualmente es recomendable dejar de fumar (la nicotina es un estimulante).
- Establecer una hora regular para acostarse, pero no acostarse si no se tiene sueño. La alcoba se debe utilizar sólo para actividades propias de este sitio. Una vez que la persona se haya acostado, debe utilizar imágenes creativas y técnicas de relajación para apartar de la mente pensamientos que no permiten descansar. Se debe evitar permanecer durante mucho tiempo en la cama en estado de vigilia o acostarse porque se está aburrido.

- Ubicar fuera de la alcoba el televisor y el computador, de lo contrario el cerebro se acostumbra a la estimulación de estos aparatos y comienza a esperarla cuando se está en dicho lugar, dificultando así la conciliación del sueño.
- Ver televisión, leer, tomar un baño o escuchar música suave antes de irse a la cama ya que son consideradas actividades relajantes.
- Tomar un refrigerio antes de acostarse ayuda a muchas personas. Los alimentos como la leche tibia o la carne de pavo contienen un inductor natural del sueño llamado L-triptófano.
- Hacer ejercicio en forma regular, aunque no dos horas antes de acostarse. Se ha demostrado que el ejercicio, especialmente los aeróbicos, ayudan a conciliar el sueño con más facilidad y a beneficiarse de un sueño más profundo y más gratificante. Las relaciones sexuales pueden ser inductores naturales del sueño y son útiles para algunas personas.
- Evitar las situaciones estresantes o los trastornos emocionales antes de irse a la cama.

6. CONCLUSIONES

En muchos países en desarrollo, incluido Colombia, la prioridad para asistir personas con problemas mentales y conductuales es de un nivel bajo. La asistencia es prestada por un número muy reducido de instituciones, donde es habitual encontrar, saturación, escasez de personal y la ineficiencia de los servicios enmarcada en la poca comprensión de las necesidades de los enfermos o de otras posibilidades de tratamiento y atención.

En la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de servicios de psiquiatría para la generalidad de la población, y los únicos que existen se encuentran en hospitales psiquiátricos.

Estos hospitales suelen estar centralizados y no ser fácilmente accesibles, por lo que es frecuente que sólo se acuda a ellos como último recurso. Son hospitales de grandes dimensiones, contruidos pensando más en su economía que en el tratamiento.

Los hospitales funcionan con arreglo a una normativa más penitenciaria que terapéutica. En muchos de estos países los ingresos y las altas están obstaculizados por leyes que tienen más de 40 años de antigüedad. A ello hay

que añadir que la mayoría no se cuenta con programas adecuados a nivel nacional para la formación de psiquiatras, profesionales de enfermería psiquiátrica, psicólogos clínicos, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales.

Un resultado evidente en este estudio, es que mas de la mitad de los paciente (55.8%) no tiene un tratamiento de tipo continuo, lo cual puede obedecer a la no existencia de una política de atención de salud mental comunitaria que involucre no solo la atención local y accesible, sino que también responda a las múltiples necesidades de estos. Su objetivo final debe ser la habilitación, y el empleo de técnicas de tratamiento eficientes que permitan a los pacientes mejorar sus aptitudes de auto - ayuda, poniendo a contribución el entorno informal familiar y social junto a mecanismos de apoyo formales. La atención comunitaria, a diferencia de la hospitalaria, puede localizar recursos y crear alianzas para la salud que de otro modo permanecerían ignorados e inactivos.

El empleo de estos recursos puede evitar que el paciente dado de alta sea abandonado por los servicios de salud al cuidado de su familia cuando ésta no está en condiciones de atenderle, con la concebida carga y consecuencias psicosociales negativas para los dos. Hace posible un manejo muy efectivo de la carga social y familiar, tradicionalmente aliviada por la asistencia institucional. Este tipo de servicio se está extendiendo en algunos países europeos, algunos estados de los Estados Unidos, Australia, el Canadá y China. Algunos países de América Latina, África, el Mediterráneo oriental, Asia sudoriental y el Pacífico

occidental han implantado servicios innovadores (OMS 1997b). Una buena asistencia parte de ciertos principios rectores básicos, algunos de los cuales son de especial pertinencia para la atención de salud mental. Esos principios son: el diagnóstico; la intervención precoz; el empleo racional de las técnicas de tratamiento; la continuidad de la asistencia; una gama amplia de servicios; la participación de los consumidores; la cooperación con las familias; la participación de la comunidad local, y la integración en la atención primaria.

Es de tener en cuenta que si al paciente no se le brinda la información oportuna y adecuada sobre los efectos secundarios de los medicamentos, las contraindicaciones, así como el tiempo de su efectividad, puede ser esto también factor condicionante, para que el paciente abandone el tratamiento, o no le de la continuidad necesaria, además de violar claramente los lineamientos contemplados en los códigos deontológicos de los diferentes profesionales de salud, en los cuales se contempla, que el paciente se le debe informar, sobre todo lo relacionado con su patología, y tratamiento.

Las relaciones familiares influyen notoriamente en la aparición y recidiva de la enfermedad Maníaco – Depresiva, no solo porque su contribución puede ser negativa, en el caso de que este tipo de relaciones sean estresantes predisponiendo al individuo, y desencadenando sintomatología patológica, sino además de incidir de manera importante en las recaídas posteriores.

La familia como núcleo de la sociedad es la encargada de brindar el apoyo necesario para que el individuo logre afrontar a lo largo de su vida, la presencia de

situaciones adversas, así como compartir la carga social y económica que esta enfermedad representa. El trabajo de cooperación con las familias para reducir las recaídas se ha visto siempre no como un sustituto, sino como un complemento de la medicación de mantenimiento. De hecho, está demostrado que la terapia familiar añadida a la medicación antipsicótica es más eficaz que la medicación por sí sola para prevenir las recaídas en la esquizofrenia.

La enfermedad Maniaco – Depresiva, es obra de factores estresantes, que día a día están presentes en las actividades diarias y rutinarias de la sociedad, que van desde las relaciones familiares y llegan hasta las responsabilidades de tipo económico, pero además esta presente el factor genético, de género y la edad, los cuales son factores que no se pueden modificar y que hace susceptible al individuo para padecerla, pero que puede ser diagnosticada y tratada a tiempo, como cualquier enfermedad. Son varios los factores que han de tenerse en cuenta y que contribuyen a garantizar el éxito en el tratamiento.

Entre ellos están:

- Una relación de confianza entre profesionales en salud y el paciente;
- Instruir e informar al paciente sobre su patología, los objetivos de la terapia, y las consecuencias de una buena o mala adhesión;
- Un plan de tratamiento negociado;
- La colaboración de familiares y amigos en apoyo del plan terapéutico y su

puesta en práctica;

- La simplificación del régimen de tratamiento;
- La reducción de los efectos adversos del régimen de tratamiento.

La intervención oportuna de enfermería en la atención integral del paciente Maníaco – Depresivo, marca de manera significativa la diferencia en como se aborda a nivel familiar e individual la patología y su manejo. Esto debido a las cualidades éticas, profesionales, y humanas, por lo cual es la llamada a brindar al binomio familia – paciente educación, apoyo, comprensión, e inducir la aceptación por parte del paciente de la patología y su recuperación, teniendo como eje central la valoración de la persona como un ente social, integral y productivo.

Del adecuado cuidado que en enfermería se brinde, depende en gran medida que el paciente acepte el tratamiento, le de continuidad a este, y contribuya con su mejoramiento, por eso en la mente y en las acciones del profesional de enfermería, debe estar presente la necesidad de generar empatía, ganar la confianza del paciente, fortalecer los lazos humanos con este, generando así un clima adecuado, contribuyendo esto al objetivo planteado.

En este estudio se estableció que el 21% de la población del municipio de Pereira que utilizó los servicios del HOMERIS en el primer semestre de 2002, fueron diagnosticados con T.A.B.

En la mayor parte de los individuos entrevistados con E.M.D. presentan lazos de primer grado de consanguinidad, lo anterior es un elemento clave para educar a las personas que sospechan que en su familia existen enfermedades de origen mental, con el fin de que estos presten la atención necesaria en el momento de manifestarse la sintomatología temprana y así evitar complicaciones.

El hecho de que la mayor parte de los pacientes presentaran conflictos familiares, es motivo para suponer que esto puede desencadenar una E.M.D. La familia como núcleo de la sociedad permite al individuo actuar libremente dentro de su entorno, dándole bases para la convivencia, las cuales se pueden ver afectadas cuando un individuo tiene conflictos en el hogar y siente que su familia no lo apoya.

La mayor incidencia de la EMD se presentó en las mujeres.

El HOMERIS cuenta con programas debidamente estructurados de los cuales algunos están funcionando como son las Actividades Asistenciales, Consulta Externa de Psiquiatría, Consulta Externa de Psicología, Revista de Pacientes Hospitalizados, Reunión de Pacientes Hospitalizados, Consulta Terapéutica a la Familia, Actividades Educativas, Reunión con Familia y Actividades Educativas de Información, Asesoría y Actividades educativas, Promoción y prevención, Clínica del litio y/o droga de depósito, Salud mental en la infancia. Por factores económicos no todos se desarrollan a cabalidad.

El HOMERIS cuenta con personal capacitado, con una alta calidad humana que permite al individuo y a su familia recibir la atención adecuada, propiciando un ambiente en el cual el paciente y la familia se siente a gusto y aceptado, al ser tratado amablemente, además de brindarle la confianza necesaria para que estos puedan comentar sus preocupaciones, miedos, temores, eliminando la incertidumbre o el estigma al que se han visto sujetos. Todo esto contribuye al proceso de rehabilitación de los paciente.

7. RECOMENDACIONES

Se presentan unas recomendaciones generales sobre la Enfermedad Maníaco Depresiva, además de las especificaciones generadas por los resultados de la presente investigación así:

7.1. EDUCAR AL PÚBLICO

Implementar campañas de sensibilización y educación al público con el fin de reducir la estigmatización y reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y el servicio asistencial de la Enfermedad Maníaco Depresiva y otros tipos de enfermedades psicológicas y/o conductuales.

Las alternativas de asistencia y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para captar a la población en general; los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos deben propiciar que este conocimiento esté disponible.

Lo anterior se verá reflejado en el incremento del uso de los servicios de salud

mental y acortando la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física

7.2. INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES Y A LAS FAMILIAS.

Las comunidades y las familias deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado debería ser unos servicios más consonantes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos maníaco depresivos y demás así como sus familias.

7.3. ESTABLECER POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEGISLACIÓN A ESCALA NACIONAL

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales.

Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema de seguridad social en salud. Los planes de seguro de enfermedad no deben discriminar a los enfermos mentales, a fin de ampliar el acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

7.4. DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

Es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en desarrollo entre ellos Colombia, carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental.

Una vez capacitados, se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos donde sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos.

Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos con miras a la asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

Es de vital importancia que dentro del contexto del desarrollo del recurso humano, se enfatice en el componente de educación y en el del ejercicios de las funciones del Profesional de Enfermería, quien es el encargado por lo general de la administración y suministro de medicamentos a los pacientes, sobre la importancia de brindar la información correspondiente, necesaria e indispensable tanto a los pacientes como a sus respectivas familias, acerca de la efectividad y los efectos secundarios, cuando de tratamiento medicamentoso se trata, con el fin de que esto incida para garantizar la continuidad en el tratamiento de los pacientes, y así posibilitar su adecuada rehabilitación y su posterior incorporación a las actividades sociales y económicas desarrolladas por este.

Además de lo anterior se debe sensibilizar al paciente y a la familia acerca del manejo correspondiente a su patología, con el fin de generar en ellos un ambiente familiar adecuado, libre de estrés, y otras características que son indispensables para su adecuada rehabilitación.

En este componente del recurso humano, es necesario enfatizar que la prestación de los servicios asistenciales de salud, están regidas por un marco legal normativo, con implicaciones tanto de tipo ético y legal, entre los cuales encontramos lo correspondiente a la Historia Clínica. Los lineamientos para su adecuado diligenciamiento se encuentran consignados en la Resolución 1995 de 1998, expedida por el Ministerio de Salud.

Los datos de la Historia Clínica permiten que los Profesionales en Salud, entre ellos el Profesional de Enfermería y/o los grupos multidisciplinarios, puedan elaborar un diagnóstico situacional de cada individuo, e implementar los respectivos planes de cuidado personalizados, además de poder identificar los factores que de una u otra forma pueden haber influido en la aparición de la patología, así como realizar el posterior análisis para determinar la evolución del paciente, en lo referente al tratamiento.

7.5. ESTABLECER VÍNCULOS CON OTROS SECTORES

Otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades. Las organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

7.6. VIGILAR LA SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades.

Esa clase de vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental consiguientes a acontecimientos externos, por ejemplo desastres, violencia y otros factores de tipo social y económico.

La vigilancia epidemiológica es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

7.7. APOYAR NUEVAS INVESTIGACIONES

Para comprender mejor los trastornos mentales y en especial la Enfermedad Maníaco Depresiva es indispensable desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales estas patologías. Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base regional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados.

Urge aumentar la capacidad de investigación en nuestro país.

8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA.

El Plan de Cuidados de enfermería es un conjunto de actividades que pretende dar soporte a los profesionales de enfermería en la realización de su actividad asistencial mediante la elaboración de estándares de calidad.

El Plan de Cuidados, permite gestionar elementos implicados en la protocolización de actividades asistenciales de enfermería y pretende, en primer lugar, estandarizar estas actividades relacionadas con los diagnósticos y los problemas de los pacientes, de una manera genérica para, posteriormente, adaptarlas a cada paciente de tal forma que se pueda planificar, gestionar y realizar un seguimiento de las mismas, permitiendo a su vez, la evaluación de la actividad realizada.

A partir del plan de cuidados se obtendrá un plan de trabajo con la planificación de las actividades que se han de realizar para cada paciente, permitiendo:

- Facilitar una mayor coordinación entre los diferentes servicios y unidades

implicados, para así, aumentar su efectividad.

- Optimizar la obtención de la información necesaria para poder realizar el seguimiento y la evaluación de la actividad realizada, así como el posterior mantenimiento de los planes de cuidados estándares, enfatizando en aquellos problemas evidenciados que obligan a trabajar de una manera no prevista.

La Enfermedad Maníaco Depresiva – EMD -, es fundamentalmente un grave trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tener etapas de depresión y manía. En ocasiones los cambios de estado de ánimo son exagerados y rápidos, pero lo más frecuente es que sean graduales.

8.1. SINTOMAS DE DEPRESION Y MANIA

No todos los que están deprimidos o maníacos experimentan todos los síntomas. Algunas personas experimentan unos cuantos síntomas, otros un gran número. Asimismo la severidad de los síntomas varía con los individuos.

8.1.1. Síntomas de la depresión.

- Estado de ánimo triste, ansioso, o “vacío” en forma persistente.
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo.

- Sentimiento de culpa, inutilidad, desamparo.
- Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que solía disfrutar, incluyendo el sexo.
- Insomnio, despertar en la madrugada, o dormir en exceso.
- Pérdida de apetito y/o peso, o comer en exceso y aumento de peso.
- Disminución de la energía, fatiga, estar 'lento'. Pensamientos de muerte y/o intento de suicidio, Intranquilidad, irritabilidad. Dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, como son los dolores de cabeza, alteraciones digestivas, y dolor crónico.

8.1.2. Síntomas de la manía.

- Júbilo inadecuado.
- Irritabilidad inadecuada.
- Insomnio severo.
- Ideas de grandeza (sentirse muy importante o con mucho poder)
- Hablar demasiado (hasta hacer difícil que otros participen en la conversación).
- Pensamientos incoherentes y acelerados.
- Aumento en el deseo sexual.
- Aumento marcado en la energía.
- Criterio deficiente.
- Comportamiento social inadecuado.

8.2. TRATAMIENTO

8.2.1. Hospitalización.

8.2.2. Psicoterapia. Ayuda al paciente a ser mas efectivo en el uso de sus capacidades, no alterando sustancialmente sus patrones de personalidad fundamentales.

8.2.3.Tratamiento farmacológico. Fármacos encaminados a controlar las crisis maníacos y/o depresivas (antidepresivos – antipsicoticos).

El carbonato de litio es el fármaco de elección en la mayoría de los casos, es de recalcar que debido a sus efectos secundarios y contraindicaciones requiere de un cuidado estricto.

8.3. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE CUIDADOS

- Planificar, gestionar y realizar un seguimiento de las actividades en los pacientes con Enfermedad Maníaco – Depresiva, permitiendo su evaluación, con el fin de determinar su impacto, tanto positivo como negativo.
- Garantizar el cumplimiento de los seis principios que rigen la actividad

profesional de la enfermería:

Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y a la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera - paciente - familia - comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al dialogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción del usuario del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que lo presta.

El deber objetivo de cuidado, se centra en la obligación que se tiene por parte de la enfermera de prodigar a su paciente, todo el tiempo y recursos que necesita.

Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de vida, en los periodos de salud y de enfermedad.

Oportunidad. Este principio orienta las dinámicas de organización de trabajo de enfermería para asegurar que los cuidados requeridos se den cuando las personas, la familia y la comunidad lo soliciten o cuando lo necesiten, para mantener la salud y prevenir las enfermedades o complicaciones.

Resulta absolutamente claro, que las actividades se deben enmarcar en atender al paciente cuando éste lo requiera o lo necesite. Y un ejercicio profesional permitirá que aún en el caso de que el paciente no manifieste sentirse mal se pueda incluso detectar un riesgo para su salud, dada la

sintomatología que presenta, a efectos de tomar las prevenciones del caso.

- Garantizar que el Profesional de Enfermería encargado de la administración de medicamentos, brinde la información necesaria tanto al usuario como a sus familiares acerca de la efectividad del medicamento, así como sus efectos secundarios y las respectivas recomendaciones.
- Contribuir a generar un ambiente adecuado respecto a la relación Paciente – Enfermera – Familia, que genere confianza por parte de los pacientes, contribuyendo así a su tratamiento y rehabilitación.

8.3.1. Objetivos a corto plazo.

- Educar al paciente y a la familia sobre el manejo de la patología.
- Educar al paciente y a la familia sobre la efectividad del tratamiento medicamentoso y sus efectos secundarios, además de las respectivas recomendaciones.
- Disminuir la hiperactividad, agitación, alucinaciones, etc. en el paciente con episodio maníaco.
- Establecer y mantener el funcionamiento biológico adecuado en las áreas de nutrición, hidratación, emuntorios, reposo y sueño.
- Propiciar la creación de una relación basada en la confianza entre paciente – familia – Profesional de Enfermería.

8.3.2. Objetivos a largo plazo.

- Educar al paciente y a la familia para que comprendan el componente genético de la enfermedad.
- Educar al paciente y a la familia sobre la necesidad de utilizar, si se requiere Terapia Electro –Convulsiva (paciente maníaco)
- Educar al paciente y a la familia en como detectar los signos y síntomas de intoxicación, en el caso de tratamiento medicamentoso con litio.
- Sensibilizar al paciente – familia sobre la necesidad de continuar la administración de medicamentos con el fin de garantizar el éxito del tratamiento.

8.4. PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE MANIACO

8.4.1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza.

- Mostrar aceptación del paciente como persona.
- Propiciar al paciente un ambiente que implique calma y relajación.
- Asignar al paciente los mismos miembros del equipo terapéutico cuando sea posible (tener en cuenta la capacidad de alguno de los miembros del equipo

terapéutico para trabajar con un paciente maníaco durante periodos prolongados).

8.4.2. Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación.

- Disminuir los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible.
- Propiciar un ambiente adecuado que favorezca el contacto con la realidad.
- Mantener las luces encendidas.
- Tomar en cuenta todo lo que indique aumento de la inquietud o agitación eliminando estímulos del medio ambiente y quizá aislando al enfermo; puede ser beneficioso dar al paciente un sitio privado o un cuarto individual.
- Limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulos que esto entraña.
- Administrar medicamentos (probablemente se necesitarán carbonato de litio y fenotiacinas al principio). Utilizar a tiempo y responsablemente los medicamentos necesarios, sobre todo antes que la conducta del enfermo quede fuera de control.
- Proporcionar un ambiente consistente y estructurado. Dejar que el paciente sepa lo que se espera de él. Fijar los objetivos junto con el paciente tan pronto sea posible.
- Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, los procedimientos que se seguirán, las pruebas que se harán, etc.

- No discutir con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. Buscar formas de aliviar el estrés o la tensión con el paciente tan pronto sea posible hacerlo.

8.4.3. Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía.

- Ayudar al paciente a planear actividades dentro de sus posibilidades de logro y ejecución. Recordar que el lapso con que el paciente cuenta para mantener la atención y la planeación deben ir de acuerdo.
- Evitar las actividades que impliquen mucha competencia.
- Evaluar en qué magnitud el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, e intentar limitar esto según lo que se observe.

8.4.4. Favorecer el descanso y el sueño.

- Dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el programa cotidiano del paciente.
- Observar de cerca al paciente en busca de signos de fatiga. Observar y

registrar sus patrones de sueño.

- Disminuir los estímulos antes que el paciente se retire (por ejemplo, las luces tenues, apagar la televisión, proporcionarle la posibilidad de un baño tibio).
- Utilizar medidas de comodidad o medicamentos para que concilie el sueño si es necesario.
- Animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche (limitar la interacción con el paciente en el turno nocturno) en lugar de hacerlo durante el día (dejar sólo una corta siesta durante el día).

8.4.5. Brindar una dieta nutritiva.

- Observar y registrar los patrones de alimentación del paciente, y la forma de ingesta de alimentos y líquidos. Puede ser necesario llevar un registro del ingreso y pérdidas, conteo de calorías y de la ingesta de proteínas.
- Facilitar la ingesta de alimentos de su preferencia, siempre y cuando no estén contraindicados por la presencia de otros procesos patológicos de base.
- El paciente puede necesitar una alimentación elevada en proteínas, alta en calorías con alimentos suplementarios.
- Brindar alimentos que puedan ser ingeridos fácilmente, esto si el paciente no puede ingerirlos, debido a que no puede permanecer sentado brindar por ejemplo, alimentos licuados mezclados con leche, sandwiches, o alimentos que puedan ser tomados con los dedos.

8.4.6. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana.

- Observar y llevar un registro del patrón de emuntorios (el estreñimiento es un problema frecuente).
- Ayudar al enfermo a satisfacer la mayor cantidad de necesidades personales que sea posible.
- Si necesita ayuda en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropas.
- Asistir la dieta si es necesario.

8.4.7. Proporcionar apoyo emocional.

- Dar al paciente retroalimentación positiva cuando sea necesario.
- Las tareas estructuradas que el pacientes pueda cumplir en forma suficiente a corto plazo, proyectos simples o responsabilidades, actividades ocupacionales o terapia recreativa.
- Alentar al paciente a que exprese adecuadamente sus sentimientos respecto a los planes futuros de tratamiento o a la planeación del alta.
- Ayudarlo en todos los objetivos idealistas y en los planes que él proponga.

8.4.8. Proporcionar al paciente y a su familia los elementos suficientes de educación para el uso del tratamiento con carbonato de litio.

- Informar al paciente y a su familia lo inherente al carbonato de litio: dosis, la necesidad de que se tome únicamente en la forma prescrita, los síntomas tóxicos, la necesidad de determinar las concentraciones sanguíneas (para llevar un registro de la concentración de carbonato de litio en el suero) según lo prescriba el médico, consideraciones respecto a la sal y la dieta (todo estado patológico que baja la concentración de sal en el organismo —dietas de reducción, vómito o diarrea— pueden aumentar la concentración de litio en el suero).
- Explicar con claridad y sencillez. Reforzar la educación al respecto con material escrito según se ha indicado.
- Recordar al paciente y a la familia que el carbonato de litio debe tomarse en forma regular y continua para obtener resultados, y que no se debe interrumpir sólo porque el paciente “se siente bien” o su estado de ánimo ha mejorado, estas NO son causas suficientes para interrumpir el tratamiento.
- Los efectos secundarios que pueden esperarse con el tratamiento a base de carbonato de litio comprenden:
 - Náusea leve intermitente
 - Sed, aumento de la ingesta de líquidos, aumento de la micción

Sabor metálico

- Ligero temblor intermitente de manos.
-
- Los signos que pueden indicar que la concentración de carbonato de litio en la sangre ha llegado a niveles casi tóxicos, y que el paciente debe informar al profesional de la salud que lo esté tratando son:
 - Sed insaciable.
 - Diarrea persistente.
 - Vómito persistente de coordinación.
 - Debilidad muscular.
 - Mareos.
 - Visión borrosa.
 - Disartria.
 - Temblor de las manos.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Lentitud de los procesos mentales.
 - Confusión.
 - Tinnitus o zumbidos en los oídos
-
- Debe alentarse al paciente a que busque la ayuda del médico o vaya de inmediato a un servicio de urgencias si sobrevienen estos signos de intoxicación:

- Falta de sensibilidad en la piel.
- Movimiento de los globos oculares de un lado a otro.
- Fasciculaciones musculares.
- Inquietud.
- Torsión o contracciones de brazos y piernas.
- Pérdida de control vesical o intestinal.
- Episodios de “desvanecimientos”, convulsiones o crisis convulsivas.
- Estupor (que puede llegar a coma).

8.5. PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE DEPRESIVO

8.5.1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza.

- Mostrar aceptación del paciente como persona.
- Propiciar al paciente un ambiente que implique calma y relajación.
- Asignar al paciente los mismos miembros del equipo terapéutico cuando sea posible (tener en cuenta la capacidad de alguno de los miembros del equipo terapéutico para trabajar con un paciente maníaco durante periodos prolongados).
- Deje al paciente solo si este lo desea, solo si usted cree que él (ella) no

presenta tendencias suicidas. Si usted piensa que existe riesgo, contacte al terapeuta del paciente y quédese con él (ella).

8.5.2. Disminuir los factores de riesgo.

- No responda a la irritabilidad, con mal genio o discusiones. La irritabilidad forma parte de la depresión y el paciente responderá mejor a una revocación breve por su parte.
- Administrar medicamentos.
- Utilizar a tiempo y responsablemente los medicamentos necesarios.
- Proporcionar un ambiente consistente y estructurado.
- Dejar que el paciente sepa lo que se espera de él.
- Fijar los objetivos junto con el paciente tan pronto sea posible.
- Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, los procedimientos que se seguirán, las pruebas que se harán, etc.
- No discutir con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, o temor.
- Buscar formas de aliviar los episodios de tristeza o congoja con el paciente tan pronto sea posible hacerlo.

8.5.3. Proporcionar actividad.

- Ayudar al paciente a planear actividades dentro de sus posibilidades de logro y ejecución.
- Delegue tareas dividiendo estas en grandes y pequeñas, estableciendo las respectivas prioridades, tenga en cuentas que las tareas estén dentro de las capacidades del paciente y que le permitan sentirse útil.
- Evaluar en qué magnitud el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, e intentar limitar esto según lo que se observe.
- Acompañe a la persona a realizar ejercicios sencillos, como caminar.
- Propicie la participación del paciente en actividades que le lleven a sentirse bien.

8.5.4. Favorecer el descanso y el sueño.

- Dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el programa cotidiano del enfermo.
- Observar y registrar sus patrones de sueño.
- Disminuir los estímulos antes que el enfermo se retire (por ejemplo, las luces tenues, apagar la televisión, proporcionarle la posibilidad de un baño tibio).
- Utilizar medidas de comodidad o medicamentos para que concilie el sueño si

es necesario.

- Animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche (limitar la interacción con el enfermo en el turno nocturno) en lugar de hacerlo durante el día (dejar sólo una corta siesta durante el día).

8.5.5. Brindar una dieta nutritiva.

- Observar y registrar los patrones de alimentación del paciente, y la forma de ingesta de alimentos y líquidos. Puede ser necesario llevar un registro del ingreso, conteo de calorías e ingesta de proteínas.
- Facilitar la ingesta de alimentos de su preferencia, siempre y cuando no estén contraindicados por la presencia de otros procesos patológicos de base.
- El paciente puede necesitar una alimentación con alimentos suplementarios.
- Animar al paciente a la ingesta de sus alimentos.
- Brindar alimentos que puedan ser ingeridos fácilmente, esto si el paciente no puede ingerir los alimentos, debido a que no puede permanecer sentado brindar (por ejemplo, alimentos licuados mezclados con leche, sandwiches, o alimentos que puedan ser tomados con los dedos).

8.5.6. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana.

- Observar y llevar un registro del patrón de emuntorios (el estreñimiento es un problema frecuente).
- Ayudar al enfermo a satisfacer la mayor cantidad de necesidades personales que sea posible.
- Si necesita ayuda, ayudarlo en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropas.

8.5.7. Proporcionar apoyo emocional.

- Evite hablar solamente de la depresión y sus síntomas.
- Si la persona quiere hablar de su depresión, y sus sentimientos, escúchela. Si usted observa que no son criterios auténticos de depresión, dígame que difiere de su punto de vista. Si la discusión se dificulta demasiado o persiste por mucho tiempo, cambie de tema.
- Dar al paciente retroalimentación positiva cuando sea necesario.
- Alentar al paciente a que exprese adecuadamente sus sentimientos respecto a los planes futuros de tratamiento o a la planeación del alta.
- Ayudarlo en todos los objetivos idealistas y en los planes que él proponga.

8.5.8 Proporcionar al paciente y a su familia los elementos suficientes de educación.

- Sensibilice al paciente – familia, sobre la importancia de no desalentarse si llegan a presentarse contratiempos. Habrán días buenos y malos a través de la recuperación.
- Motive a la persona a que mantenga una condición física y emocional saludable, el salir y hacer cosas que al paciente le gustan ayudará.

BIBLIOGRAFÍA

ASSUMPTA RIGOL CUADRA, Mercedes, UGALDE APALATEGUI. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Serie Manuales de Enfermería. Salvat 1991.

BARBARA SCHOEN Johnson. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría; adaptación y crecimiento. 4ª Edición. McGraw-Hill. Interamericana, 2000.

Barcia D, Nieto J. la relación médico-enfermo En: A Seva (coord.) Psicología Médica. Zaragoza, INO Reproducciones, 1994, pp. 665-6

Barcia D. Los derechos de los enfermos. Boletín de Psicología. 1988; 19: 7-31

CARPENITO, L.J. Diagnóstico de enfermería. 5a.ed. McGraw-Hill Interamericana, 1995.

CIE. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Vol. 1 OPS Oficina Sanitaria. Washington D.C. EUA.

DICCIONARIO TERMINOLÓGICO de Ciencias Médicas. 13a.ed. 1996.

Enfermedad Maníaco Depresiva. [Disponible en Internet]: <www.scs.rcanaria.es/infosalvatadultos/maniaco/htm>

ESTUDIANTES IV SEMESTRE DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD LIBRE. Trabajo Salud Mental y Psiquiatría. Pereira, 1999.

GRUPO DE CUIDADO FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dimensiones del cuidado. Bogotá. p.8, 9, 13.

HABER, J.; LEACH, A.M.; SCHUDY, S.M. Y FLUYNN B., Sidelao. Psiquiatría. Salvat, 1983. p.211.

HABER; SHUDY y SIDELEAU. Psiquiatría. Salvat, 1998.

MILLER, Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. 5a.ed. Panamericana, 1996.

MORRIS G., Charles. Psicología, un nuevo enfoque. México: Prentice May, 1992.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA. Manual de ayuda en salud mental para líderes comunitarios e institucionales y para grupos organizados. Folleto.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA. Salud mental comunitaria. "Clínica de Drogas de Depósito". Pereira.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA. Salud mental comunitaria. "Clínica de litio". Pereira.

RAFFENSPERGER, Baily Ellen; ZUSY LLOYD, Mary; MARCHESSEAU, Claire Lynn y NEESON Jean D. Manual de Enfermería. Océano/Centrum.

UGALDE APALATEGUI, Mercedes. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Universidad de Barcelona. Salvat, 1991. p.182.

ANEXO A. INSTRUMENTO PARA LA CONDENSACION DE DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA

[illegible]

**ANEXO B. INSTRUMENTO PILOTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN
SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, APLICADO A LOS PACIENTES
DEL HOMERIS**

Encuesta No _____

¿El personal de enfermería procura iluminación adecuada de las habitaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe instrucciones del personal de enfermería acerca de efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos recibidos?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Se le informa al paciente y a la familia del tiempo en que hace efecto el medicamento y qué tan efectivo es?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Escucha comentarios del estado de los demás pacientes por parte del personal de enfermería?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe explicaciones acerca de la patología y su manejo?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Ha notado cambios en el patrón de sueño?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería les explica la rutina del hospital?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe del personal de enfermería gestos de amabilidad?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería solicita la familia en casos necesarios?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería le brinda la confianza necesaria para comentarle sus temores y preocupaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

**ANEXO C. INSTRUMENTO PILOTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN
SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADO A FAMILIARES DE**

PACIENTES MANÍACO DEPRESIVOS, EN EL HOMERIS

Encuesta No _____

¿El personal de enfermería procura iluminación adecuada de las habitaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe instrucciones del personal de enfermería acerca de efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos recibidos?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Se le informa al paciente y a la familia del tiempo en que hace efecto el medicamento y qué tan efectivo es?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Escucha comentarios del estado de los demás pacientes por parte del personal de enfermería?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe explicaciones acerca de la patología y su manejo?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Ha notado cambios en el patrón de sueño?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería les explica la rutina del hospital?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe del personal de enfermería gestos de amabilidad?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería solicita la familia en casos necesarios?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería le brinda la confianza necesaria para comentarle sus temores y preocupaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

**ANEXO D. INSTRUMENTO FINAL UTILIZADO PARA RECOLECTAR LA
INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, APLICADO A LOS
PACIENTES DEL HOMERIS**

Encuesta No _____

¿El personal de enfermería procura iluminación adecuada de las habitaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe instrucciones del personal de enfermería acerca de efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos recibidos?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Se le informa al paciente y a la familia del tiempo en que hace efecto el medicamento y qué tan efectivo es?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Escucha comentarios del estado de los demás pacientes por parte del personal de enfermería?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe explicaciones acerca de la patología y su manejo?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Ha notado cambios en el patrón de sueño?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería les explica la rutina del hospital?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe del personal de enfermería gestos de amabilidad?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería solicita la familia en casos necesarios?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería le brinda la confianza necesaria para comentarle sus temores y preocupaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

**ANEXO E. INSTRUMENTO FINAL UTILIZADO PARA RECOLECTAR LA
INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADO A
FAMILIARES DE PACIENTES MANÍACO DEPRESIVOS, EN EL HOMERIS**

Encuesta No _____

¿El personal de enfermería procura iluminación adecuada de las habitaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe instrucciones del personal de enfermería acerca de efectos adversos y contraindicaciones de los medicamentos recibidos?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Se le informa al paciente y a la familia del tiempo en que hace efecto el medicamento y qué tan efectivo es?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Escucha comentarios del estado de los demás pacientes por parte del personal de enfermería?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe explicaciones acerca de la patología y su manejo?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería les explica la rutina del hospital?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿Recibe del personal de enfermería gestos de amabilidad?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería solicita la familia en casos necesarios?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--

¿El personal de enfermería le brinda la confianza necesaria para comentarle sus temores y preocupaciones?

Si		No		Algunas veces	
----	--	----	--	---------------	--